الدكتور محمد الجوادى

الصحة والطب والعلاج فى مصر



الهيئة المصرية العامة للكتاب
٢٠٠٤

الإخراج الفنى : مادلين أيوب فرج

إهـداء

إلى أسرتى المهنية الصغيرة

إلى أساتذتى وزملائى فى قسم أمراض القلب كلية طب الزقازيق

تعبيراً عن كل المعانى والأمانى :

المعانى التى تراودنا .

والأمانى التى تتراءى لنا

د. محمد الجوادى

مقدمة الطبعة الثانية

هذه هى الطبعة الثانية من هذا الكتاب، وهى أقرب إلى أن تكون كتابا جديدا، وقد كان فى وسعى أن أجعلها كذلك لولا أنى حريص على جهدى القديم ومعتز به بأكثر من حرصى على ازدياد عدد كتبى أو على تقديم كتاب جديد.

تتضمن هذه الطبعة فصولا لم تتضمنها الطبعة الأولى، كما تتضمن فصولا أعدت كتابتها، وفصولا أخرى أعدت صياغتها، وجداول أرقام وإحصاءات جديدة أضفتها.

ولست أنكر أنى قد أفدت من كل الكتابات والدراسات التى نُشرت فيما بعد صدور الطبعة الأولى من هذا الكتاب فى ١٩٨٧، وقد تعددت هذه الكتابات والدراسات، وكان من أبرزها، وكتاب للدكتور سمير فياض رئيس المؤسسة العلاجية التابعة لوزارة الصحة.

ولعل هذا يقودنى إلى تكرار القول بأنى لا أستهدف من هذه الدراسات التى أنشرها إلا أن أفتح أعين أبناء قومى على حقيقة مهمة وهى أن وضع وتعديل سياساتنا العامة ليس أمرا كهنوتيا ولا كيميائيا، وإنما هو فى المقام الأول مسألة إحساس وطنى بالمتطلبات وقدرة الموارد على تلبيتها وترتيب

الأولويات والخلاص مما لا لزوم له من أمور هى قرب إلى لزوم ما لا يلزم.

كأنى أريد أن أذكر القراء والمجتمع بأن السياسة هى فن الممكن، وأن الكتابة فى السياسة العامة ينبغى أن تستهدف تقريب الصورة الكفيلة بإدراك ما هو ممكن من إصلاح بعيدا عن إغراق الجمهور فى مجلدات وأرقام ونظريات وما إلى هذا كله.

وفى أحيان كثيرة أعبر عن آرائى فى هذا الصدد بأسلوب: «لو كنت المسئول» أو «لو كان الأمر بيدى» وأحمد الله أننى نجحت فى تنمية الوعى بمثل هذا الأسلوب إلى الحد الذى استخدمه كثيرون من بعدى، وإلى الحد الذى جعل بعض التحقيقات الصحفية توجه السؤال مباشرة على هذا النحو.

ومن الإنصاف أن أشير إلى أن أحوال الصحة فى مصر قد تطورت فى نواحى كثيرة، وأن الإنفاق على الصحة قد تزايد إلى حدود كبيرة، لكن الإنصاف نفسه يقتضينا أن نشير إلى أن أحوال الصحة فى مصر لم تتقدم بنفس الدرجة التى كان من المتوقع أن تتقدم بها مع ضخامة هذا الإنفاق الذى لم تبخل به الدولة.

ولعل السبب فى هذا أن الإنفاق الصحى فى السنوات القريبة كان أقرب بدرجة ما إلى أن يكون عشوائيا، ولم يكن يستهدف إقرار وضع مثالى أو وضع أفضل، وإنما كان أقرب فى طبيعته إلى إنفاق الأب العائد من الخليج الذى يحرص على تزويد أبنائه بأكبر قدر ممكن من الأجهزة الكفيلة فى تصوره بإتاحة متع الحياة لأبنائه الذين حرموا غيابه، وحرموا أيضا غياب هذه السعادة التى يتصور أن الأجهزة قد توفرها،وهذا هو - على سبيل التحديد لا التمثيل فحسب - بعض ما حدث فى فترة من الفترات عمدت فيها وزارة الصحة إلى الإفراط فى تزويد مستشفياتها بأجهزة طبية متقدمة لم تتوافر الكوادر البشرية القادرة على توظيفها من أجل تحقيق خدمة صحية أفضل.

وليس من شك فى أن إجادة استخدام الموارد تمثل مفتاح النجاح فى كل تقدم خدمى، كما أن إعادة استخدام الموارد يمثل حلا ذكيا عند نقص الإمكانات والموازنات، وفى كل الأحوال فإنه لا يمكن لنا إجادة استخدام الموارد، ولا إعادة استخدام الموارد إلا فى ظل معرفة عميقة بحقيقة وطبيعة المشكلات القائمة بالفعل، وبمدى ما يمكن تحقيقه من خلال الموارد المتاحة.

وظنى أن هذا الكتاب وحده لا يكفى فى هذا المجال، وإن كان كفيلا بفتح الأبواب أمام فهم أمثل وتصور أكمل ورأى أفعل.

لهذا كله ولغيره من أغراض مشابهة وأهداف نبيلة كان حرصى على أن أعيد صياغة كثير من العبارات حتى تبدو قاطعة الدلالة، وذلك فى مقابل الطريقة التقليدية الحريصة على أن تكون الألفاظ عامة ومطاطة وقادرة على الإحاطة بكل المعانى، ولست أنكر أنى كنت مع حرصى على التحديد ألجأ إلى مثل هذه الطريقة فى بعض الجزئيات، لكنى فى إعدادى لهذه الطبعة من الكتاب حرصت على أن أتجاوز كل هذا إلى تحديد دقيق إلى أبعد الحدود الممكنة لى، كما حرصت فى الوقت ذاته على التنبيه على كل استثناء ووكل حالة خاصة.

أسأل الله سبحانه وتعالى أن يوفقنى إلى أداء بعض حقوق وطنى ومواطنى علىّ، وأن يوفقنى إلى شكره وطاعته، وأن يهبنى توفيقه ورضاه، وأن يرزقنى الهدى والتقى والعفاف والرضا، وأن يغفر لى ما تقدم وما تأخر من سنوبى.. إنه نعم المولى ونعم النصير.

محمد الجوادى

مقدمة الطبعة الأولى

ليس فى وسع المرء حين يجد نفسه قادرا على المشاركة بالرأى فى قضايا بلاده ومشكلاته إلا أن يسعد، وتتضاعف السعادة بالطبع حين يجد نفسه وقد أصبح قادرا على أن يكتب شيئا ذا بال فى هذا المجال، وأن يتاح لهذا الكلام المكتوب فرصة ليكون مقروءاً ومتداولاً بين أيدى الناس، وليخلد بعد هذا فى بعض مكتباتهم... كل هذا بالإضافة إلى مشاعر السعادة الأخرى الأكثر واقعية التى يتمناها حين يجد بعض آرائه... وقد لاقت القبول أو الاقتناع.

وليس فى وسع الكاتب حين يحس هذه السعادات المجتمعة إلا أن يتوجه عندئذ إلى الله بالشكر على هذه النعم، وبالدعاء من أجل استمرارها، وبالرجاء أن يعطيه الله القدرة على أداء واجبه تجاه مجتمعه بحيث ينجو من عذاب الذين يكتمون العلم فيعذبون به يوم القيامة، ومن عقاب الذين يكتمون النصيحة فيقال لهم يوما ما أين كنتم ؟ ومن عتاب الذين يهملون حق الجماعة فلا يكون لهم مخرج من اللوم حين لا يصيب التقدم مجالات عملهم.

وقد نسلم جميعا أن فى إمكاننا أن ننهض بكثير من مقومات حياتنا إذا ما تبادلنا الآراء حول مشكلاتها، وأن فى وسعنا أن ننهض بحضارتنا إذا ما

أضفنا إليها مجموعة الآراء الأخرى أو على حد تعبير الأستاذ الدكتور عبدالستار مصطفى فى مقدمة هذا الكتاب «إذا ما وسّعنا من القاعدة التى تؤخذ آراؤها فى مستوى الأداء وكيفية تطويره».. ولكن المشكلة أننا - فى مصر - لم نضع حتى الآن يدنا على الطريق الأمثل الذى يتيح الفرصة لسماع كل هذه الآراء.

ولا شك أن الندوات واللقاءات الجماعية قد تنجح فى تحقيق هذا الهدف، ولكنها تستهلك من الوقت قدرا يفوق فى قيمته العائد الذى يتولد عنها.

ولا شك - أيضا - أن الكلمة المكتوبة هى الوسيلة المثلى لتوثيق الحقائق، والآراء ووجهات النظر، ولمعارضتها كذلك، فإن من الصعب أن نناقش نصوصا (مرنة) تلقى فى الهواء.. ولكن مشكلة الكلمة المطبوعة فى بلدنا وصعوبات خروجها إلى النور حالت لمدة طويلة من أن يكون عندنا مثل هذا الكتاب، وإن لم تمنع بالطبع انتشار قدر كبير من الآراء بواسطة الصحافة.

* * *

الطب والصحة والعلاج.. ثلاث كلمات تبدو مترادفة مع أن لها معانى مختلفة ولكنها متكاملة.

فالصحة فى اللغة هى البرء من العيب ومن المرض، وفى القيم الدولية المستحدثة لم تعد الصحة تعرف تعريفا سلبيا بأنها انعدام المرض أو العجز، وهو التعريف الذى كان مستمدا من المعنى اللغوى، وإنما أصبحت تعرف بأنها حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، وبهذا التعريف يتضح جليا دور العوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية فى مجال الصحة، وسوف نفيض فى توضيح هذا المعنى فى واحد من فصول هذا الكتاب ، وهو الفصل الذى عنوانه : «الصحة مسئولية من ؟».

والطب هو عـلاج الجسم أو النفس، وهكذا يعرف الطب بأنه عـلاج، ويعرف العلاج فى اللغة بأنه اسم لما يُداوى به من الدواء ونحوه، ولكن المعنى الحضارى لكلمة الطب يتسع ليشمل النظام القائم بالطب، والموارد التى يفيد منها الطب، والأشخاص القائمين عليه.. وليشمل فى النهاية الدواء ووسائل العلاج والمداواة الأخرى.

ولهذا فإن مناقشة موضوع كالصحة والطب والعلاج فى مصر ينبغى أن تتشعب لتعود مرة ثانية إلى جوهر الموضوع وهو الإنسان فى صحته ومرضه.. وإذا كان «الطب» و«العلاج» يتناولان «الإنسان» بعد أن يصيبه مايستدعيهما.. فإن «الصحة» هى المسئولة عنه من قبل أن يصيبه ما يستدعى العلاج، أو بعبارة أخرى حتى لا يصيبه ما يستدعى العلاج.

* * *

وهذا الكتاب يعرض لهذه النواحى من الزاوية المصرية المعاصرة أى من زاوية الواقع الذى نعيشه والظروف التى تحكمنا والأمل الذى يحدونا، مستعينا بكل ما أوتى من قدرة على الإفادة من المعلومات المتاحة والرؤى المطروحة، والدراسات المنشورة.

وهو - أى الكتاب - حريص على أن يجمع بين التقرير والتقدير كما يجمع بين الرصد والتحليل.

وفى هذا الكتاب إحصاءات كثيرة تفاوتت أزمانها وأشرنا إلى المصادر التى نقلناها عنها، وفيه كذلك إحصاءات تنشر لأول مرة، وهى تلك التى أعددناها عن العاملين فى مؤسسات التعليم الطبى.

ومن أجل إيضاح الفروق المهمة والخطيرة التى تنشأ عن تراخينا فى تحديث بياناتنا الإحصائية، فإننا نذكر على سبيل المثال نموذجا سريعا وهو

أن مجموع أعضاء هيئات التدريس حسب البيانات التى تجمعت عندنا (حتى إبريل ١٩٨٧) لم يكن ليقل عن ٣٨٩٢ ما بين أستاذ وأستاذ مساعد ومدرس، وقد ازداد هذا العدد بالطبع بمن منحوا اللقب العلمى وكانوا ينتظرون الحصول على الدرجة فى أول يوليو تبعا لقانون الجامعات، بينما أنه فى إحصائية مجلس الشورى يقدر هذا العدد بحوالى ٢٢٦ فقط !!

وربما كان لهذا الكتاب أن يفخر بأنه قد نجا من ترديد الصيحات المتكررة التى لاقت القبول عند أصحاب الفرصة فى إبداء الرأى لأنه لم يكن أمامهم أسهل من تكرارها. ولعل أبرز هذه الصيحات هى التعويل على المعدل الحالى والمعدل الأمثل للأطباء إلى المواطنين.. فكل الناس تعرف بما لا يقبل مزيدا من الإيضاح أن هذه المعدلات لايمكن الاعتماد عليها فى ظل «قياساتنا» التى نعرف جميعا كل ظروفها، بل ربما كان المواطن أصدق حسا حين يقيم هذه المعدلات بعدد العيادات الخاصة والتى هى الدليل الواقعى على قيام الأطباء بمهنة الطب.. أما حسبان أطباء الإدارات والوزارات.. إلخ فمسألة فيها نظر عند المواطن العادى، وله حق فى ذلك بالطبع.

وتبلغ الخطورة فى هذا الصدد حدا يجعل وكيل نقابة الأطباء يصرح لجريدة الوفد فى مارس من هذا العام بقوله إن نسبة ٩٠٪ من الأطباء لا يملكون غير مرتبهم، وأن ٥٠٪ فقط هم الذين يملكون عيادات خاصة !! وهو ما يعنى أن أغلبية العيادات لا تدر على أصحابها دخلا، وهو قول يستدعى التأمل(!!)

وهكذا فإن التعويل على مثل هذه الاحصاءات أو على أى معدل آخر والظن بأنه يمثل المعدل الأمثل قضية ربما تبدو بسيطة ولكنها خطرة، وهى مع هذا لن تقدم ولن تؤخر فى تقييم كفاية الخدمات الطبية ولا فى

تطويرها. ولكننا لا نزال نعطيها أهمية كبرى.. ربما لأنها البديل العلمى الوحيد المتاح للحكم على الأمور.

وليس أبلغ فى التعبير عن وجهة النظر هذه من أن ننظر إلى الأرقام المتاحة فى تقرير مجلس الشورى على سبيل المثال، وهو التقرير الذى يقول إن المعدل الحالى للأطباء إلى عدد السكان هو ١ : ٥٦٣ نسمة بينما المعدل الأمثل هو ١ : ١٠٠ وليس من الصعوبة على الناس أن يكتشفوا أن هذا الرقم ليس إلا رقم العضوية فى النقابة.. رغم أن من هؤلاء مَنْ ترك ممارسة الطب من عشرين عاما ومنهم من تركه إلى مجالات أخرى من النشاط الإنسانى.. وهكذا.. إلخ.

... وسوف يصاب القارئ بالدهشة حينما يقرأ فى الفصل الذى خصصناه للحديث عن الصحة فى ألمانيا الغربية أن النسبة كانت ١ : ٤٦٥ نسمة.

أما فيما يتعلق بأطباء الأسنان فإننا وصلنا إلى معدل ١ : ٤٦٨٠ نسمة على حين أن المعدل الأمثل (!!) هو ١ : ٤٠٠٠.

وفيما يتعلق بالممرضات فإن المعدل المصرى المسجل هو ١ : ٦٤٩ على حين أن المعدل الأمثل هو ١ : ٢٥٠.

وبالتالى فإن معدل الأطباء إلى الممرضات هو ١٠ إلى ٦ على حين أن المعدل الأمثل هو ١٠ إلى ٤٠ !!

مع هذ كله فإن المراقب العادى للأمور يستطيع أن يجزم أن خدماتنا الطبية ربما تصبح أمثل !! حتى لو اختصرنا بعض هذا العدد من الممرضات.. ربما لأن مسألة الأداء والكفاية هى الأهم فى هذا الجانب.

ومع هذا كله فإن الإحصاءات وأرقامها (مهما يكن تخلفها عن الواقع الفعلى، أوخضوعها لمفاهيم صماء قديمة من دون إنطاقها بالحقائق) تعطينا صورة فى غاية الأهمية عن المقارنة بين الجزئيات أو المفردات المختلفة أو الجوانب المختلفة من القضية.. وليس أدل على ذلك من الحقائق العديدة التى يمكن لنا أن نستنبطها من قراءة توزيع ميزانية وزارة الصحة على الأبواب المختلفة للميزانية.

فإذا أخذنا مثلا ميزانية ٨٥ - ١٩٨٦ وجدناها على النحو التالى :

توزيع الأبواب		النسبة المئوية إلى جملة الأبواب الثلاثة
باب أول	٢٧١,١٩٤,٨٠٠ جنيها	٦٧,٤٪
باب ثانٍ	٨١,٦٨١,٤٥٩ جنيها	٢٠,٣٪
باب ثالث	٤٩,١٥٠,٠٠٠ جنيها	١٢,٣٪
المجموع	٤٠٢,٥٧٦,٢٥٩ جنيها	١٠٠٪

والقراءة الواعية لمثل هذه الأرقام ترينا أن الأجور والمكافآت (التى يعبر عنها فى الموازنة بالباب الأول) تستغرق أكثر من ثلثى الإنفاق الرسمى على الصحة (٦٧,٤٪).... وهى بالضبط نفس المشكلة التى نواجهها فى كل المجالات الخدمية فى مصر بلا استثناء، لأن القضية كما نعرف جميعا تحولت إلى توزيع أجور ومكافآت حتى وإن كانت على أقل تقدير بمثابة بدل بطالة.

ثم إن المصروفات الجارية وهى التى تتضمن مصروفات الصيانة والإنفاق على الدواء وما إلى ذلك مما يقابل فى حياتنا الخاصة : مصروفات البيت (مع الفارق) لا تتعدى عشرين فى المائة من جملة الإنفاق الصحى.

أما الباب الثالث وهو الذى يمثل الاستثمارات فى القطاع الصحى فهو لا يكاد يبلغ ثمن الميزانية (بالتحديد الدقيق ١٢,٣٪) وهى علامة حقيقية - بكل تأكيد - على ضعف الإنفاق على الاستثمار فى هذا المجال، بل فى كل مجالات الخدمات فى بلادنا، وهى ظاهرة ملحوظة: نهمل الاستثمار فى مجالات الخدمات، ونظن أن الاستثمار لا يكون إلا فى الإنتاج مع أن التعليم والصحة هما أهم مجالين لهذه الاستثمارات... وهى القضية التى وصل العالم الآن إلى وجه الحقيقة فيها بعد عقود من الحيرة أو الضلال الفكرى.

* * *

ولاجدال فى أن مسئولية الدولة أو نظام الحكم عن صحة المواطنين لم تستقر لها - فى الأذهان - صورة موحدة على مر التاريخ الإنسانى، وذلك على الرغم مما أدركته الفطرة الإنسانية من قديم الزمن من أن حياة الإنسان - وبالتالى صحته - لا تقدر بمال.. إلا أن زمن المادية وانحسار القوة الروحية فى عصور الحضارة «الغربية» دفع إلى تفكير يراود الأذهان فى بعض الأحيان ويتغلب عليها منتصراً للتشكيك فى جدوى ما ينفق على بعض البشر حين لا تكون هناك فائدة ترجى من هؤلاء البشر، ولكن مر الزمن وكما يقول وزير الصحة السابق الدكتور محمود محفوظ فى تقديمه لأحد التقارير المهمة:

«وبتعميق النظرة وإعمال الفكر اتضح أن الإنسان ليس المستهلك الوحيد للإنتاج فقط، ولكنه الوسيلة الحقيقية الوحيدة للإنتاج الذى يعود

فيستهلكه، وأصبحت النظرة أن الإنسان هو هدف التنمية وهو وسيلتها، وتحول مفهوم الرعاية الصحية من مجال الاستهلاك والخدمات إلى مجال الإنتاج والتنمية، وأمكن لمن ينكر القيمة المعنوية للحفاظ على الإنسان أن يقيمها بمقياس التكلفة والعائد».

ربما تكون هذه الأفكار، فى تطورها، غريبة عن جوهر تفكيرنا وبخاصة فى مجتمع متشبع بالقيم الإسلامية التى تحترم وتعلى من قدر القيم الإنسانية ، إلا أنه مما لا شك فيه أن الصيحات الداعية إلى الانتقاص من حقوق الإنسان فى مجال العلاج والطب والصحة لن تصدر . ولم تصدر فيما مضى . إلا عن المتطرفين فى مذاهبهم ، أو فى نظرتهم إلى قيمة الحياة.. وهذه صيحة تحذير قد تجلب على كاتبها بعض المتاعب، ولكنها قد تنجيه أيضا من عذاب شديد.

* * *

بقيت نقطة لا أظن أن هذه المقدمة تكون قد استوفت مقوماتها من دون الإشارة إليها، وهى فكرة الاستقلال الوطنى فى مجال الصحة والطب والعلاج.. وهو الاستقلال الذى أصبح . للأسف الشديد . مهدداً إلى أبعد الحدود، فهو مهدد فى التعليم الطبى الذى لا يزال مرتبطا بالمدرسة التى لها لغة نلتزم بها فى تعليمنا على خلاف ما تقتضى الأصول والقوانين، والدستور، والواجب، والتطور الزمنى، والجهود العالمية فى كل لغة، وهى قضية خطيرة جدا تتضح سلبياتها وآثار إهمالها فى كل خطوة من خطوات التأهيل العلمى، والتعليم الطبى، ولكننا مع هذا لا نزال نفضل أن ندفن رءوسنا فى الرمال.

وهناك بعد ذلك الاستقلال الوطنى فى العلاج الذى يعنى استطاعتنا أن نعالج أقصى ما يمكن من حالات مرضية على أرض بلادنا . ومن المؤسف أن التأمل فى هذه الجزئية أيضا كثيرا ما يصيبنا بالإحباط.

ثم هناك نوع ثالث من الاستقلال،وهو الاستقلال فى تصنيع الدواء،الذى هو أحد السلع الإستراتيجية الهامة فى كل دولة، وهنا أستأذن القارئ فى نقل فقرات مهمة من تقرير رسمى عن هذه الجزئية.

يقول التقرير :

«وتلجأ كثير من الدول إلى وضع قائمة الأدوية التى لا غنى عنها والتى يجب أن تتوافر فى جميع الظروف، وتسمى قائمة الأدوية الأساسية، ويجب أن تضع مصر مثل هذه القائمة، وتكون مسئولية الدولة التركيز على إنتاجها فى شركات القطاع العام، على أن توضع أسعار اجتماعية مقبولة لها يُراعى فيها مستوى دخل الفرد والاعتمادات المالية للقطاع الصحى، وتتحمل الدولة أعباء تحقيق هذه الخدمة، أما باقى الأدوية فتترك للنشاط الاقتصادى الخاص والعام».

«ونظرا لأهمية الأدوية الأساسية كسلعة إستراتيجية يصبح من الضرورى إنتاج (أقصى) ما يمكن من مكونات هذه الأدوية محليا».

وليس من شك أن مثل هذا التنبيه أو هذه الدعوة لا تعبر عن شوفونية ولا عن تعصب وإنما تعبر فى المقام الأول عن إحساس بأهمية عناصر الأمن القومى فى مجال الدواء، وليس الحرص على إنتاج هذه الأدوية فى مصانع الدولة (أو القطاع العام) إلا وسيلة لتحقيق مجموعة من الأهداف الاستراتيجية المهمة التى يمكن الإشارة إلى أهم هدفين منها وهما:

أولا : ضمان توافر هذه الأدوية الأساسية.

ثانيا : التحكم فى أسعار الدواء .

ويتطلب هذا بالطبع تكاملا بين قطاع الدواء وقطاعات الصناعات الكيماوية والإنتاج الزراعى (لتوفير النباتات الطبية)، وكليات الصيدلة والهندسة والعلوم لتوفير القوى البشرية العاملة القادرة على تحقيق الإنتاج المطلوب.

وإلى جانب سياسة توفير الدواء اللازم للمواطنين فلابد من وضع ضوابط لاستهلاك هذا الدواء.

وأهم هذه الضوابط هى حظر صرف الدواء إلا بتذكرة طبية، واختيار العبوات الملائمة لترشيد الفاقد من استعمال الدواء، وتوعية الأطباء والمواطنين فيما يتعلق بجوانب التعامل الرشيد مع هذه السلعة الإستراتيجية .

ولكن الأسف يقتضينا - مرة أخرى - أن نقرر بصراحة أننا لانزال حتى اليوم نهمل مثل هذه الجزئية ، بل إن الأدعى إلى الأسف أن بعض الإجراءات الاقتصادية لا تزال تُتَخذ وتُقَنّن دون وعى بأنها قد تزيد مثل هذه المشكلة تعقيدا على تعقيد حين تأبى إلا أن تعكر على المرضى صفو مرضهم نفسه،وذلك بتعجيزهم عن وجود الدواء على نحو ما يفترض أن يوجد فى كل آن ومكان.

* * *

وفى نهاية هذه المقدمة ينبغى لى أن أشير إلى أنى قد التزمت فى كل الفصول التى يضمها هذا الكتاب بالدقة الكاملة فى نقل الأرقام المتاحة عن

الخدمات الطبية والصحية، وتجميعها.. وربما يلاحظ القارئ بعض التضارب بين بعض هذه الأرقام وبعض، وهى سمة غير منكورة فى البيانات المصرية المتاحة الآن. ولكنى مع هذا آثرت أن أورد كل هذه الأرقام على نحو ما وردت فى مصادر متعددة، وقد رأيت أن هذا الأسلوب كفيل بأن يطلعنا (رغم الاختلاف والتناقض) على منظورات مختلفة يمكن للباحث أن يتبين الحقيقة من خلالها، سواء اعتمد على أحدها أو على متوسطها، وقد التزمت بهذا المنهج أيضا فى عرضى للحقائق المتاحة أمام القارئ دون أن أفرض عليه وجهة نظر واحدة معينة أو معدلة.

* * *

بقى أيضا أن أشير إلى أنى قد حرصت على استقصاء كل الحقائق المتعلقة بالموضوعات المختلفة التى تناولها هذا الكتاب من خلال عدة مصادر متنوعة القيمة والمسئولية، فضلاً عن اختلافها فى الصياغة والعرض، ومن أهم هذه المصادر:

- المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى (١٩٥٠ - ١٩٨٠) الذى أعده المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية برئاسة العالم الكبير الدكتور أحمد خليفة.. وقد رأس اللجنة التى أعدت تقرير الصحة الدكتور عبدالغفار خلاف الوكيل الأول لوزارة الصحة.
- الدراسة التى أعدتها لجنة الخدمات بمجلس الشورى (١٩٨٧) وضمنتها تقرير المجلس الخاص عن «العلاج فى مصر»، وقد استعانت هذه الدراسة (واستعنت أنا الآخر بالتبعية) بمجموعة من التقارير وأوراق العمل التى قدمها لهذه اللجنة الأعضاء والخبراء.. وقد صاغ هذا التقرير الدكتور محمود محفوظ رئيس لجنة الخدمات، والدكتور محمد

محمود رضوان، وصدر التقرير عن المجلس ضمن سلسلة تقارير لجنة الخدمات، كما نشرت بعض فقرات هذا التقرير فى الأهرام الاقتصادى فى عدد الإثنين ٢٩ يونيو ١٩٨٧.

- تقرير هيئة الاستثمار عن المستشفيات الاستثمارية، ومشكلاتها الاقتصادية ومعدلات الربحية فيها.. إلخ وقد نشرت من هذا التقرير أجزاء عديدة تباعا فى الصحف والمجلات المعنية.
- الدراسة التى نشرها الأهرام الاقتصادى للأستاذ وجدى رياض فى أغسطس ١٩٨٥ (على مدى خمس حلقات) عن المستشفيات الاستثمارية.
- الدراسة التى قمت بها وقدمت بها كتاب «دليل الخبرات الطبية القومية» الذى أعددته لمركز الإعلام والنشر الذى أشرف برئاسته فى الجمعية المصرية للأطباء الشبان، وقد استعنت فى المقدمة التى تناولت تاريخ مؤسسات التعليم الطبى المصرية بمجموعة مهمة من المراجع (أكثر من أربعين مرجعا) فضلا عن الجمع الدءوب للمعلومات المتاحة فى كل مؤسسة من مؤسسات التعليم الطبى على حدة، والإحصاءات التى تنشر عن الموقف فى إبريل ١٩٨٧ فى كل هذه الكليات والمعاهد، والتى تضمنها هذا الدليل بالإضافة إلى كل الأسماء والتخصصات.
- مجموعة الأرقام والتصريحات والأخبار التى نشرتها وزارة الصحة والأجهزة المعنية خلال السنوات الخمس الماضية، وقد استعنت فى هذه الزاوية بأكثر من أرشيف للمعلومات فى صحفنا القومية والمعارضة.
- البيانات الخاصة بقطاع الصحة فى مشروع الموازنة العامة للدولة، والخطة الخمسية للدولة فى الوثائق المقدمة لمجلس الشعب المصرى.
- دراسات وتقارير المجالس القومية المتخصصة.

وكلى أمل، بعد هذا كله، أن ينال هذا الكتاب رضا القراء والباحثين والمعنيين بقضية الصحة والعلاج، وأن يسد فراغاً فى المكتبة، وأن يوفقنى سبحانه وتعالى إلى ما يحبه ويرضاه.. به وحده، ومنه وحده التوفيق.

يونيو ١٩٨٧   د. محمد الجوادى

الباب الأول

استراتيجية لتطوير الخدمات الصحية بإعادة استخدام الموارد المتاحة

الفصل الأول

نحو استراتيجية لتطوير الخدمات الصحية بإعادة استخدام الموارد المتاحة

فى لحظات كثيرة ينتبه المجتمع المصرى بشدة إلى ضرورة إعادة التفكير فى السياسات الصحية التى تضمن له السلامة من احتمالات الإصابة المؤكدة فى الوباءات أو حوادث الطرق أو من تلوث البيئة أو من أخطاء الطب والأطباء أنفسهم.. وتقدم لنا الصحف يوما بعد يوم حقائق مذهلة عن مستشفيات يجرى بناؤها منذ ٣٠ عاما دون أن تتم أبداً (رغم أنه لا حاجة لنظامنا الطبى إلى منشآت جديدة) بل عن نوايا حسنة نحو إنجاز أو إتمام منشآت أخرى من أجل وظائف مظهرية وتكون النتيجة ضياع الموازانات المهولة والضخمة فى الأسمنت والطوب من دون أن يتوافر الشاش أو صبغة اليود فى أى مستشفى.. وقد كان رئيس الجمهورية على أعلى مستوى من المسئولية والفهم العميق حين وجه مؤخراً إلى ضرورة أن يستفيد التأمين الصحى من مستشفيات القوات المسلحة بدلا من الجهد الضائع فى البناء.

لعل هذه الحقائق الواضحة تدفعنا إلى تلخيص بعض المقترحات الفعالة من أجل التطوير بنفس الموارد المتاحة.

أولا: ينبغى لنا أن نسرع بالتوقف عن بناء المستشفيات الجديدة (سواء أكان هذا بقانون أم بميثاق شرف أم باللجوء إلى نظرية الحد أم بأى طريقة أخرى) لأن ما يحدث الآن فى قطاع الصحة والعلاج هو استنزاف للاستثمارات التى خصصتها الدولة (وكذلك الشعب) للصحة فى التشييد فقط.. ويمكن القول بأن استثمارات الدولة من أجل الخدمة الصحية قد أصبحت موجهة تماماً إلى قطاع التشييد وليس إلى قطاع الصحة نفسه !!

ومن المتفق عليه أن الإسراف فى بناء مستشفيات جديدة يعطى آمالا كاذبة فى تحسين الخدمة الصحية دون عائد حقيقى أو مردود ملموس.. ولا أريد أن ألجأ إلى الصراحة المطلقة التى تستطيع ذكر كثير من الحقائق المرة والمذهلة، ولكنى أكتفى فى هذا المقام بأن أذكر أن بعض المستشفيات قد أصبح ينشأ لهدف واحد فقط هو أن يكون بمثابة سطر فى تاريخ حياة الذى تولى وضع قرار الإنشاء.

ولكى أصور مدى الإسراف الذى لا نكف عنه فى هذا المجال فإننى سأذكر للقارئ أن هناك مدينة كبيرة من عواصم محافظاتنا الكبرى فيها عدد كبير جدا من المستشفيات الخاصة، وفيها كلية للطب يتبعها عدد من المستشفيات الجامعية، وفيها بالطبع مستشفى عام تابع لوزارة الصحة.. ومع أن هذه المدينة لا تشكو من أى نقص فى عدد الأسرة المتاحة للخدمة الصحية بل تشير إحصاءات مستشفى الجامعة إلى أن نسبة الإشغال فى كثير من الأقسام لا تتعدى ٥٠٪ فى شهور كثيرة مثل شهورالامتحانات التى لا يكون دخول المرضى فيها مقياسا دقيقا للحاجة إلى الأسرة بل يكون محتويا على زيادة كاذبة فى عدد المرضى (تتمثل فى مرضى مزمنين أصبحوا يؤدون وظيفة حالات الامتحانات الإكلينيكية)، ومع أن هذه المدينة

قريبة جداً من مدن أخرى تضم عدداً لا نهاية له من المراكز الطبية المتخصصة.. مع هذا كله فإن تلك المدينة تشهد منذ فترة إنشاء مستشفيين كبيرين جدا يفوقان فى أعداد الأسرة كل ما هو موجود فى المدينة الآن.. وقد بدأ العمل فى أحد هذين المستشفيين منذ أكثر من عشرين عاما وبدأ العمل فى الثانى من خمس سنوات، والسبب الدفين فى إنشاء المستشفيين يعود فى بساطة شديدة إلى أن الوزارات المصرية المختلفة أصبحت جزراً منعزلة عن بعضها، وضاع - وربما للأبد - الأمل فى تحقيق التكامل فى الخدمات الصحية.

* * *

ثانيا: ينبغى لنا أن نسرع بالأخذ بنظام التدرج في الرعاية الصحية داخل المستشفى الواحد، فبعض الحالات تحتاج إلى رعاية مركزة وهى تمثل حوالى ٥٪ من إجمالى الحالات طبقا للمعدل العالمى، وبعض الحالات يحتاج إلى رعاية متوسطة أو عادية ، والبعض الثالث وهو يمثل أغلبية حقيقية فى إشغال مستشفياتنا لايحتاج إلا إلى مجرد الإيواء البسيط، وهذه الحالات تتمثل فى الذين نستبقيهم فى المستشفى إلى أن يحل عليهم الدور لإجراء عملية روتينية مثلا (فمازلنا فى مصر نُدخل مريض البواسير مثلا قبل العملية بأسبوع.. ومازلنا نحرص على أن يبيت المريض فى المستشفى ليلة على الأقل قبل إجراء العملية الروتينية فى صباح اليوم التالى، بينما لا يدخل المريض مركز كليفيلاند لإجراء جراحة القلب المفتوح إلا قبل إجراء العملية الجراحية بساعة واحدة).. وهكذا يمكن لنا (فى ضوء الأخذ بنظام مقنن للتدرج فى الرعاية الصحية) أن نعيد توزيع النوبتجيات بعدالة وموضوعية وفعالية على الأطباء المقيمين والممرضات بحيث نوفر العدد

الكافى فى المكان المطلوب فى الوقت المطلوب، دون الإصرار على وجود روح حافلة بكل ما هو دليل على شد وجذب وتوتر لايتناسب مع الجهد البسيط المطلوب فى كثير من الحالات.

* * *

ثالثا: ينبغى لنا أن ندعم إرساء القيم الخلقية الكفيلة بمنع الإفراط فى إجراء جراحات أو استعمال أدوية دون أى مبرر.. والمأساة أن تشريعاتنا ونظمنا الصحية هى التى أوجدت هذه الأوضاع الخاطئة (خاصة فى التأمين الصحى على طلاب المدارس الذى طبق بطريقة غيرمدروسة جيدا)، ولا بد لنا أن نعود بسرعة لإنقاذ الوضع المتردى الذى وصلنا إليه قبل أن يصبح الأمر بمثابة جزء من التقاليد الراسخة وعندئذ يصعب الرجوع عنه.

ويقتضى هذا إجراء دراسات مسحية واسعة القاعدة تحصر وتصف التجاوزات الحادثة فى هذا المجال،وتضع من القواعد المهنية (وليس القانونية) الضوابط والشرائط الكفيلة بإيقاف هذا النزيف المتكرر لموارد الخدمة الصحية بدون أدنى حاجة إليه.. ولن يمكن تحقيق هذا فى ظل سيطرة جماعات مصالح تعود الفائدة من هذا الاستنزاف إلى جيوبها، كما أنه لن يمكن تحقيق مثل هذا النجاح بدون كشف تصرفات بعض الذين أسرفوا فى سلوكيات معيبة على المستوى الإنسانى والمهنى دون أن يجدوا أى كابح لهذه التصرفات.

ومع أن الصحافة، مشكورة ومأجورة، لفتت النظر إلى حالات واضحة الدلالة لمثل هذه التجاوزات، فإن درجة التنبيه لم تنجح بعد فى أن تحقق مستوى الإحساس بالمشكلة.

وليس سراً أن الإنفاق على كثير من الأنشطة المظهرية جداً والفارغة من المحتوى والفائدة قد تزايد إلى حدود لا معقولة، وقد يبرر بعض القائمين على مثل هذا السفه تلك الخطايا بأنهم لا يدفعون من مال الشعب ولا من مال الحكومة، وإنما من أموال شركات الأدوية، بينما هم يعلمون تمام العلم أن هذا السفه الذى يمارسونه يقع عبؤه فى النهاية على جيب المريض المصرى البسيط وموازنته .

* * *

رابعا: على حين أننا قد انسقنا فى كثير من توجهاتنا نحو حل مشكلاتنا إلى الوسائل التنموية بزيادة عدد وحدات الخدمات.. إلخ.. فإن التقدم المهنى والتكنولوجى جعل الخدمة الصحية فى مصر بحاجة اليوم إلى التخلى عن كثير من الوحدات الخدمية التى كانت تمثل فى الماضى ضرورة، وتؤدى وظيفة ولكنها أصبحت اليوم بمثابة معوق ومثبط لتحقيق النمو الحقيقى فى الموضع الأمثل.

وعلى سبيل المثال فإن مرفق الإسعاف كله يحتاج إلى إعادة نظر بحيث تنقل تبعيته فوراً إلى داخل المستشفيات الكبرى فى جميع أنحاء الجمهورية حتى يمكن تأدية خدمة الإسعاف فى التوقيت المناسب وقبل فوات الأوان، ولابد من إلغاء وتصفية كل مراكز الإسعاف التى تُناط بها الآن مسئولية تحويل الحالات والحيرة بها من مكان إلى آخر ودون قدرة واضحة على اتخاذ قرار سريع كفيل بإنقاذ الحالات.

وعلى سبيل المثال أيضا فإن مراكز رعاية الطفولة والأمومة لابد أن تصبح بمثابة أجزاء من العيادات الخارجية لأقسام الأطفال والنساء فى

المستشفيات الجامعية والعامة والمركزية.. ولابد أن نذكر أن الهيكل الذى تم تصميمه حين كان عدد الإخصائيين فى فرع ما على مستوى الجمهورية لا يتعدى خمسمائة إخصائى لم يعد يصلح ولا يتناسب مع وجود ثمانية آلاف إخصائى في نفس الفرع.. وكلنا يعرف الحقيقة.. وكلنا يعرف أيضاً أننا أصبحنا نبعد جموعاً كبيرة من الأطباء الشبان عن مهنتهم ونحولهم إلى موظفين بيروقراطيين لا يكادون يفعلون شيئا إلا اعتماد شهادات أو التوقيع على تقارير بينما هم يريدون ممارسة المهنة.

* * *

خامساً: لابد من تصفية كثير من المستشفيات الصغيرة والمراكز الصحية التى أصبحت فى ظل سهولة المواصلات لا تقوم بوظيفة محددة وإنما أصبحت بمثابة أوكار للبيروقراطية، ولابد من الإفادة من القيمة التى تمثلها هذه المبانى أوالمواقع بطريقة أفضل بأن يعاد تخصيصها كمستشفيات لتخصص واحد يستلزم مكانا منفصلا فتكون بمثابة مستشفيات للحميات أو للعيون على سبيل المثال.. ومن المؤسف أن شبكة المستشفيات التى أنشأها الإنجليز كانت تراعى هذا البعد المهم ، ولكننا لم نضف إليها فى هذا الاتجاه شيئا ذابال منذ تولينا أمر مرافقتنا الداخلية بأنفسنا .. كذلك فإن التخصصات التى لا تحتاج إلا عيادات خارجية فى الغالب (كالأمراض الجلدية) يمكن أن تنفصل فى هذه المستشفيات الصغيرة المنتشرة فى كثير من عواصمنا.

ومثل هذه الخطوة على ضرورتها بحاجة إلى تشريع جيد ينيطها بلجان قضائية ومحاسبية مشتركة من ناحية، وبالمجالس الشعبية المحلية من ناحية أخرى، ويوفر لهذه العملية قدراً كبيراً من الشفافية الكفيلة بتحقيق

المصلحة العامة من ناحية، وبتحقيق الإمتاع بالمصلحة العامة من ناحية أخرى.

* * *

سادسا: أظن أن الأوان قد آن للتفكير بجدية فى إلغاء ما يسمى بالقومسيونات (اللجان) الطبية التى تقرر علاج المواطنين على نفقة الدولة، إذ ما جدوى القومسيونات إذا كان الأمر ينتهى فى ١٠٠٪ من الحالات بعلاج هذه الحالات على نفقة الدولة على حد ما صرح به المسئولون، وإلى علاج الوزراء والموسرين والفنانين فى الخارج، ومما صرح به وزراء الصحة السابقون والوزير الحالى أن هذه اللجان تستقبل تقارير الأساتذة المعالجين بكل الاحترام تقديراً لمكانتهم، وكل ما تفعله هذه اللجان أن تصدر قراراً وتحول ميزانية، أفليس من الأجدى أن يحدث إعادة توزيع أو تحريك المبالغ المرصودة فى الموازنة العامة للدولة للعام القادم وذلك تبعا لمتوسط ميزانيات العامين الماضيين (على سبيل المثال)، فبدلاً من أن توضع فى حساب القومسيونات الطبية تحول إلى موازنات الجهات المعالجة من مستشفيات الجامعة أو مستشفيات القوات المسلحة أو هيئة المعاهد والمستشفيات التعليمية أو غيرها على أن تلتزم هذه الجهات بعلاج المواطنين بالمجان فى الحدود التى تقوم بها الآن ... وذلك فى مقابل الميزانيات التى يحولها لها القومسيون ؟ أم أننا مغرمون بالبيروقراطية إلى آخر مدى ؟.

ربما يتطلب هذا المقترح تقنينا لهذا الدعم الحكومى للمستشفيات الجامعية والتعليمية و العسكرية، وذلك فى صورة التزام واضح من كل مستشفى ينال هذا الدعم الجديد بأن ينجز عدداً محدداً من المهام الطبية فى ضوء متوسط معدلات إنجازه فى الأعوام السابقة، كأن ينجز ألفين من

العمليات الكبرى، وثلاثة آلاف من العمليات المتوسطة، وعشرة آلاف فحص بالموجات فوق الصوتية... وهكذا ، وبوسعنا أن نفيد من تجارب دول العالم المتقدم فى تقييم مثل هذه الوسائل على مستوى الدعم والتمويل.

* * *

سابعًا: لابد من الانتباه بسرعة وقبل فوات الأوان إلى ترسيخ برنامج قومى للتعليم الطبى المستمر وذلك قبل ضياع الأمل نهائيا فى وجوده فى ظل الإسراف الذى لا حدود له فى عقد مؤتمرات وندوات مظهرية ومفتعلة ومضيعة للوقت ولا تحقق أى عائد من عقدها إلا التعريف القاصر أو المظهرى بمنتجات شركات الأدوية، وحتى هذا التعريف أصبح ، هو الآخر ، غير مثمر بالنسبة لهذه الشركات، ومع وضوح مثل هذه الحقيقة فإنك تستمع إلى الردود الجاهزة من قبيل أن هناك ميزانيات مرصودة ولابد أن تنفق على هذا النحوالروتينى، الذى أصبح مدعاة للأسى لا للسخرية فحسب.

ومما يؤسف له أن وصل الحال فى بعض الأقسام العلمية إلى وضع مزرٍ يتمثل فى إفساح الفرصة فيما يسمى بالمؤتمرات العلمية لمندوبى شركات الأدوية ليحاضروا أعضاء هيئة التدريس عن مزايا الدواء الذى يستعمله هؤلاء منذ سنوات، وقد حدث هذا بسبب انشغال أعضاء هيئة التدريس وعدم استعدادهم للقيام بمثل هذه الوظيفة الطبيعية، وذلك فى الوقت الذى لا يجدون فيه الفرصة للاعتذار للشركة عن تأجيل مثل هذه الندوة، وبخاصة إذا ما كانت الشركة قد هيأت لهؤلاء الفرصة لحضور مؤتمر فى الخارج أو فى العاصمة!

* * *

ثامناً: ينبغى لنا أن نفكر الآن بجدية شديدة فى برنامج قومى موحد للأطباء المقيمين يفيد منه أغلب شباب الأطباء فى شغل وظائف الأطباء المقيمين فى كل أنحاء الجمهورية عقب انتهائهم من قضاء سنة الامتياز، وأن يكون التحاقهم بهذا البرنامج هو الخطوة التالية لسنة الامتياز مباشرة، وأن نكف عن التقليد الحالى الذى بات أقرب ما يكون إلى العبث بإضاعة سنتين أو ثلاث من حياة معظم الأطباء (باستثناء مَنْ يكون من حظهم الحصول على وظائف الأطباء المقيمين فى الجامعة) تحت دعوى العمل فى الريف ومراكز رعاية الأمومة والطفولة مع أن الريف أصبح مكتظا بالإخصائيين لا بالأطباء فحسب...

ومن المؤسف أننا لا نزال نتصرف فى مستقبل الأطباء وتأهيلهم بخطط وضعت منذ أربعين عاما، وربما كانت هذه الخطط تتناسب وتتوافق بشدة مع الظروف وقتها ولكنها أصبحت الآن مثار سخرية إذا تأملناها بشىء من التدقيق والتأمل والمقارنة بأوضاع العالم من حولنا، ولهذا فلابد أن نفهم أن كل التعليم الذى تلقاه الطالب فى كلية الطب قبل تخرجه لا يكتمل ولا يقوم بوظيفته إلا إذا استكمل مقوماته وآفاقه فى وظيفة النائب (الطبيب المقيم) فى مستشفى قادر على التعليم بصورة جدية..

ولهذا فإن أنسب وأكفأ الحلول هو توزيع كل الأطباء بالكمبيوتر حسب مجموعهم ورغباتهم على شبكة مستشفيات تعليمية فى جميع أنحاء الجمهورية،تبعا لقدرة هذه المستشفيات (علميا وعمليا) على استيعاب الأطباء وتعليمهم وتدريبهم ، ولابد من إدخال النظام الكفيل بتحويل المستشفيات العامة جميعا إلى مستشفيات من هذا الطراز..

وفيما قبل سنوات كثيرة كانت بريطانيا نفسها تعترف بالمدة التى قضاها الطبيب المصرى من فترة نيابته فى مستشفى الجلاء لأمراض النساء

والولادة (وهو مستشفى تعليمى تابع لوزارة الصحة) أو مستشفى بولاق الدكرور (وهو مستشفى عام تابع أيضا لوزارة الصحة ولكن كان له مدير قدير)، وكانت بريطانيا تعترف بفترة هذه النيابة كمؤهل لدخول الجزء الأول من امتحانات شهادة الزمالة فى علم أمراض النساء والولادة.. والمعنى واضح، ولكننا للأسف الشديد بلاد الحدود القصوى.

ولا ينبغي أن أتجاوز هذه النقطة من دون الإشارة إلي المغزي المهم الذي أشرت إليه في بداية هذه الفقرة وهو الإشارة إلى أن يفيد «أغلب» الأطباء من هذا البرنامج وليس «كلهم»، وهو ما يعنى إتاحة الفرصة لمن يرغب في هجران دراسة الطب أن يفعل هذا برغبته دون أن نلغي المبدأ العظيم الذي تأخذ به دولتنا، وهو مبدأ تكليف الأطباء، والمعنى الذى أريد الإشارة إليه هو أننا ينبغى أن نسمح بالأعفاء من التكليف لمن يرغب في ذلك من خريجي الطب الذين لا يجدون في أنفسهم رغبة فى أداء واجبات هذه المهنة، على ألا يتعدى هذا إقرار مبدأ الاستثناء من التكليف ودون أن ينسحب هذا إلى إلغاء التكليف نفسه على نحو ما قد يقودنا إليه النزق الفكرى فى كثير من الأحيان.

* * *

ثامنا: دون أن نلقى أعباء جديدة على موازنة الدولة ينبغى لنا أن نسارع إلى وضع كادر للأطباء يتيح للعلم أن يتخذ مكانا فى تقدير الأطباء المجتهدين.. وهنا ينبغى أن نذكر بكل أسى أن الطبيب الشاب عندما يحصل على درجة الماجستير ربما يواجه بنقص فى مرتبه لأنه ينتقل من درجة إلى درجة أخرى تزول عنها مميزات إضافية ترتبط بالدرجة الأدنى.. وليس هذا كل ما فى الموضوع ، ولكن المشكلة الأساسية أن الهيكل الطبى

القائم يثير الإحباط ويكرسه على مدى عمر الطبيب ومدة خدمته (٣٥ عاما) التى لا يتراوح فيها التعبير عن قدرته وكفايته إلا بعوامل أخرى من الأقدمية فى المكان والنفوذ المتولد عن هذا التواجد الأزلى فى المكان ذاته .

وبوسعنا أن نفيد من المزايا الإدارية التى تحققها الكادرات الخاصة التى نأخذ بها فى مصر، وهى كادرات متعددة استطاعت أن تحفظ على المهن ، والممارسات الوظيفية التى تم تنظيمها تبعا لها ، قدراً من الحدود الدنيا من الالتزام والتجويد، وهو أمر ضرورى فى وطن أصبح يعانى من تزايد الضغوط عليه من أكثر من جهة فى ظل اقتصاديات عالمية عاتية، وتحولات لا تكف عن فرض نفسها وتأثيراتها على كل مجال خدمى وإنتاجى فى كل موقع من المعمورة.

* * *

تاسعا: إذا لم نجد الوسيلة إلى تطبيق نظام قومى (شبيه بالتأميم البريطانى للصحة) فى كثير من خدماتنا الصحية فسوف تكون النتيجة مزيدا من الانهيار، فقد ثبت بما لا يقبل الجدل أن الفائدة (التى تعود على أصحاب القرار فى الحكومة وفى القطاع الخاص على حد سواء) من شراء أجهزة جديدة أعظم بكثير من الالتفات إلى صيانة الأجهزة القديمة، وامتد هذا الفهم حتى على مستوى المستشفيات الاستثمارية التى من المفترض أنها تبتغى الربح.

ومن المذهل فى هذا الصدد الخبرة المحاسبية «المصرية» المعاصرة أثبتت أن خروج ميزانية المستشفى خاسرة أكثر بكثير فى فائدته من خروجها وبها أى فائض، وكان هذا اكتشافاً عبقرياً لا يزال يلقى السعادة به والعمل من أجله بكل الوسائل.

وقد انتقلت هذه «الخبرة الشيطانية» إلى الوحدات ذات الطابع الخاص التابعة للجامعات.. وارتفعت العقيرة بأن إدارات الجامعات تشارك هذه الوحدات مكسبها إذا كسبت ، وعلى النقيض من ذلك فانه فى حالة الخسارة فإن الجامعة تتحمل الخسائر وحدها على حين لا تتحمل الوحدات ذات الطابع الخاص منها شيئاً.. وهكذا أصبح الهدف غير المعلن هو الوصول إلى حالة الخسرة باستنزاف المكسب فى مصروفات مسبقة قد لايكون لها مبرر وقد لا يكون لها غطاء أيضاً .

وقد كررت مراراً ، على سبيل المثال ، فى كثير من الندوات رأيى القائل بأن الفكرة القائلة بقدرة وحدات العلاج بالأجر على التكفل بالإتفاق على وحدات العلاج المجانى هى فى جوهرها فكرة خاطئة.. وليت هذه الوحدات تستطيع الإنفاق على نفسها هى.. ثم مرت السنون واتضحت الصورة..

وليس هناك مستشفى فى مصر يستطيع أن يقول (على أى مستوى) إنه يكسب أو حتى يغطى تكاليفه.

كأنى أريد أن أركز على فكرة أن المستشفى ليس مؤسسة تبتغى الربح بأى حال من الأحوال، وليس معنى هذا أنه يبغى الخسارة ولكن من الأفضل له بالطبع أن يربح ... لكن الأفضل والأوجب والمطلوب على المدى الطويل أن يتقدم ويزدهر ويرتقى ويقدم أداء أفضل.

* * *

بقيت كلمة أخيرة وهى أنه مع كل هذه الاجراءات التى لا تحتاج تمويلا ماليا وإنما تحتاج قدرا معقولا (وليس عبقريا) من إدارة استخدام الموارد المتاحة أو إعادة استخدام هذه الموارد فإنه يمكن لنا أن نحقق فى وقت قصير نهضة حقيقية فى قطاع الخدمات الصحية فى وطننا الذى بات يشكو من ظلال ملحة لعودة مشكلة المرض إلى أولوياته الملحة على مستوى خطط التنمية، وعلى مستوى المشكلات الطارئة.

الباب الثانى

واقع الخدمات الطبية

الفصل الثانى
صراع الكم والكيف
فى الخدمات الطبية والتعليم الطبى

لا يختلف اثنان على أن العلم لا نهاية له، ونحن إذا تصورنا أن زيادة عدد المتعلمين تنخفض بمستوى العلم الذى عند كل منهم فليس مرجع هذا أبدا إلى التفكير فى الأمر على ضوء الحقيقة الرياضية التى تقول بثبات القدر الإجمالى مما يجعل نصيب كل فرد - بالتالى - يتضاءل إذا زاد عدد الأفراد المتلقين للعلم أو المحصلين له أو الحاصلين عليه، وكأنما العلم كمية محدودة تقسم على المتلقين سواء بالتساوى وعدم التساوى.

ومع هذا فقد ينخفض مستوى التعلم كنتيجة طبيعية لانخفاض كفاية المعلم حين تتوزع هذه الكفاية (أو تتشغل) على حجم أكبر مما تطيقه قدراته، وهذا حقيقى ولاشك فيه.

ولكن الجانب الأول من القضية وهو أن العلم لا ينقص مع زيادة أعداد المتلقين، وهذه هى الحقيقة المطلقة التى برهنت الأزمنة والتجارب والحياة الإنسانية على صحتها، فالعلم - أى علم - ليس ذا كمية ثابتة تتناقص مقاديرها عند الأفراد المتلقين للعلم إذا زاد عددهم، وهكذا فإنه إذا قدر لنا أن نرفع كفاية المعلم سواء بزيادة أعداد المعلمين أو بتحسين الأداء فى العملية التعليمية، أو بتطوير الوسائل السمعية والبصرية المصاحبة للعملية

التعليمية، أو بتحديث أسلوب التعليم والتعلم أو بتهيئة الظروف الأكثر مواءمة لنجاح العملية التعليمية أو بأى وسيلة أخرى أو باجتماع أكثر من وسيلة من هذه الوسائل مع بعضها فإننا بكل تأكيد سوف نجنى الثمار متمثلة فى تعليم أفضل!

مع هذا الشرح الوافى - الذى يبدو مملا - وما أبان عنه من حقيقة سهلة الفهم، فإن الرأى العام المصرى لا يعدم من وقت لآخر صيحات ترتفع أصواتها ويكون هدفها المعلن فى صراحة أو بغير صراحة هو تقليص «الخدمات» والحد من «الخيرات»، وترتفع هذه الصيحات تحت ستار كثيف وقوى ومتماسك من الدعوة إلى الإصلاح والتحسين وإصلاح الكيف!!

وكأنما لا يكون السبيل إلى ذلك الإصلاح فى الكيف إلا بإنقاص الكم!!

وصل الأمر إلى حدود خطرة حين أصبح بعض مثقفينا وهم يتصورون أن الكم والكيف مدرستان متعارضتان فى الفكر الإصلاحى، بل إن أهل الثقافة فى هذا الوطن لا يفتأون يرددون مضمون فكرة تقول بأنه كان هناك وزيران للثقافة تعاقبا عليها وتبادلا المواقع: أحدهما كان يهتم بالكم حتى كان يخرج فى كل يوم أربعة كتب، أما الآخر فقد كان يهتم بالكيف!! وهو فصل - كما ندرك - مفتعل ومتعسف.

ولكن الحاجة إلى بلورة الاختلاف بين فلسفتين كثيرا ما تستدعى مثل هذه التقسيمات البراقة التى لا تنطلى ولا تنطوى إلا على نوع من المغالطة العميقة، إن كان من الجائز وصف المغالطة بهذه الصفة!!

وعلى ضوء من هذا الفهم يمكن لنا التأمل فى الدعوات القوية المثارة الآن والداعية إلى تخفيض أعداد المقبولين فى كليات الطب، فعلى الرغم من كل المبررات الحقيقية الدافعة إليها، فإن أكبر المغالطات أن نقول إن

مستوى تعليم الطب قد انخفض بسبب زيادة الأعداد، مع أن معظم طلاب الطب اليوم «يتعلمون» الطب عن طريق الدروس الخصوصية، ويتم هذا التعليم من خلال مجموعات تضم أعداد أقل من التى كانت تتعلم الطب فى الزمن الماضى فيما قبل انتشار الدروس الخصوصية، ونحن إذا أردنا أن نقارن بين ظروف التعليم أمس واليوم، فسوف نخدع أنفسنا إذا جعلنا المعيار هو عدد الطلاب فى الفرقة مقسوما على عدد «الجثث» المتاحة فى مشرحة الكلية على سبيل المثال، إنما نصدق مع أنفسنا إذا حسبناه مقسوما على عدد الجثث المتاحة فى الأماكن التى يلتقى فيها الطلاب بأساتذة لهم (سواء من الأساتذة أو من هيئات التدريس أو من أطباء خارج هيئات التدريس) حول هذه الجثث!!

وسوف نجد المعيار فى هذه الناحية وقد حقق ازدهارا شديدا من خلال زيادة الأماكن التعليمية المتاحة!!

والأمر إذاً فى إلقاء التبعة على زيادة الأعداد أقرب ما يكون إلى البحث عن الشماعات التى تغطى خطايانا حين ننصرف إلى تكريس مفاهيم كفيلة بخلق مشكلات تعليمية لاحقة، وذلك كنتيجة للسياسات التى تعطى أهمية لتعليم «الثانوى» قبل «الأولى»، «والمهم» قبل «الأهم»، «والخاص» قبل «العام»، «وما لا يلزم» قبل «ما يلزم» فى كل حين، وحين نسير على نظم تعليم وتدريب وامتحانات سقيمة، وحين نهمل الزمن ونريد ألا يهملنا الزمن!

أليس هذا هو جوهر المشكلة فى تعليمنا الطبى الذى لو قصرناه على عشرة طلاب فقط فى كل كلياتنا الطبية الجامعية الثلاثة عشر لما أتى ثمارا خيرا مما يؤتيها اليوم؟ وخيرا مما يؤتيها لو أصبح مسئولا عن تخريج خمسة آلاف طالب كل عام!!

* * *

دعونا إذاً نلجأ إلى ما يُعرف بأنه الأسلوب العلمى فى التجربة، وذلك بأن نثبت بعض المتغيرات حين نبحث عن «العامل» المحدد الذى يمكن توجيه الاتهام إليه، وإلقاء التبعية عليه فى المسئولية عن التدهور الذى أصاب تعليمنا الطبى!!

هل يمكن للتعليم الطبى أن يزدهر بمجرد تقليل الأعداد، ها قد حدث.. وقلت (خفضت) الأعداد منذ سنوات خمس، فهل ازدهر هذا التعليم؟

قد لا يكون لنا إلا أن نؤكد أن تقليل الكم فى حد ذاته ليس كفيلا بإصلاح الكيف، ومع بداهة هذه الفكرة فإن كثيرين منا لا يتورعون عن أن يواصلوا رفع مثل هذا الشعار البراق المنبئ عن صراع الكم والكيف وعن أن أحدهما مناف للآخر تماما، وهم يقدمون هذه الفكرة للناس حين يريدون التقليص، أوحين يريدون أن يبرروا طبيعة أو حقيقة الكساد الفكرى الذى ينتج من جراء قرارات ما.

ولكن هل يستطيع كاتب هذه السطور أن يزعم للناس أن زيادة الكم قد ترفع أو تحسن من المستوى؟ هذا هو السؤال الذى لابد منه إذا كنا لا نريد المساس بتوسيع القاعدة!

على أنه ينبغى لنا قبل مناقشة هذه النقطة أن نتدارك أهمية تدبير الإمكانات التى تسمح بأداء الحد الأدنى من الخدمة للقاعدة الموسعة قبل أن ننتظر منها تحسين الكيف الذى يمكن أن يأتى كنتيجة للتوسع.

وأول ما قد يتيحه التوسع فى الأعداد، هو البحث عن المواهب التى تضيع حين يقتصر البحث عن الموهبة على طائفة محدودة من أبناء الذين وصلوا إلى الدرجة التى كفلت لهم تقديم أبناءهم إلى هذه الفرص،وليس فى اشتراكيات التعليم كلها فائدة تفوق الفائدة التى تعود على الوطن حين

يتيح نظام التعليم القومى الفرصة للنوابغ الحقيقيين كى يأخذوا مكانهم فى الطريق إلى خدمة بلادهم أو على هذا الطريق، حتى وإن لم يوفقوا التوفيق الكامل فى هذا الطريق فيما بعد!!!

ومع أنه قد ينتج عن زيادة الخريجين فى المهنة الواحدة أن يقوم أفرادها بوظائف أدنى من الوظائف التى كانوا يقومون بها قبلا كأن يقوم الإخصائى بعمل النائب، أو النائب بعمل طبيب الامتياز، أو طبيب الامتياز بعمل الممرضة، أو الممرضة بعمل التلميذة... إلخ. فإن مما لاشك فيه أن مثل هذا التدنى ليس ببعيد عن مصلحة المريض، بل قد يكون أقرب إلى هذه المصلحة.

ومع أنه قد ينتج عن زيادة الخريجين اشتغال كثيرين منهم فى غير المهنة التى بذلوا السنوات الطوال من التعليم فيها، إلا أننا يجب أن نفرق بين التعلم والامتهان، وكل دول العالم المتقدم تحرص على التفريق بين تعلم الطب وامتهان الطب، ومن أسف أننا فى مصر لا نراعى للامتهان حقوقه التى تُتبع فى معظم بلاد الدنيا، حيث يكون هناك امتحان للسماح بممارسة المهنة ثم امتحانات متكررة للسماح بالاستمرار فى ممارسة المهنة.

بينما نحن لا نزال نظن أن مجرد الحصول على درجة البكالوريوس هو كل ما فى هذا الأمر، ولهذا ينتابنا الأسى إذا ما وجدنا حاصلا على بكالوريوس الطب وقد ترك ممارسة الطب ونقول: يا خسارة!! مع أن فى العالم كله من حولنا كثيرين جدا يحملون هذا البكالوريوس ودرجات عليا أرفع منه وأكثر تخصصا، وأبعد أثرا، ولكنهم لا يمارسون المهنة التى تأهلوا لها قبل ذلك لسبب بسيط هو أنه لا يسمح لهم بالممارسة تلقائيا بمجرد أنهم يريدونها، فما بالنا بالذى لا يريدها أصلا.

وهذا هو جوهر قضية مهمة ورثناها من الانسياق وراء سلطة قادرة كانت تظن نفسها مسئولة عن الإرضاع والإطعام والتوظيف، ولامانع عندها بعد ذلك من القيام بدور المسئول عن الدفن أيضا .. وفى المقابل فإن الموتى يريدونها مسئولة عن النتائج على النحو الذى يقول به المثل المشهور: «مفسل وضامن جنة».

سوف نجد إذاً كثيرين ممن يحملون شهادات فى الطب ولا يمارسون الطب؟

وما الضرر من ذلك؟

وهل الثقافة الطبية شىء معيب فى حد ذاته؟

وهل وجود كثيرين متشبعين بروح العقلية الطبية شىء غير مستحب فى الحياة العامة؟

وهل مجرد الوعى بالطب أمر ينقص من قدر الإنسان؟

أظن أن العكس هو الصحيح فى كل هذه الأحوال ، ولهذا فإن القول بالنفع فى أمر زيادة أعداد الذين يتعلمون الطب أقرب إلى الصواب من الجنوح إلى الصياح الذى يكرر الادعاء بالضرر.

* * *

وننتقل بعد هذا إلى قضية الخدمة الطبية.

هل تستفيد الخدمة الطبية من زيادة أعداد الأطباء حين توكل أمور من قبيل الخدمات الصحية والإدارة الصحية، وإدارة المستشفيات، وخدمات الرعاية الطبية للأمومة والطفولة والرياضيين والذين يعانون الشيخوخة والمعوقين وضحايا الحروب والحروق)، إلى أطباء من هؤلاء الذين تلقوا التعليم، ولم تتح لهم فرصة الممارسة الاكلينيكية سواء عن رغبة منهم فى البعد عنها (كما فى حالة ربات البيوت من الطبيبات) أو فى عدم السماح لهم بهذه الممارسة (إذا ما حرصنا على مستوى معين للأداء المهنى).

أليس قيام خريجى الطب بمثل هذه الوظائف (المهمة فى المجتمع) فى الرعاية الصحية والطب الوقائى خيرا من بقاء هذه النواحى مصدر إقلاق وإزعاج لنظامنا الطبى كله!

* * *

ومع هذا فإنه ينبغى علينا التنبه إلى أهمية الاهتمام بفاعليات الأجهزة الإدارية القائمة على هذه السياسات وإلا تحول الأطباء فى دولاب العمل فى هذه الإدارات إلى ذلك النوع من الموظفين الذى يجيد وصفهم كاريكاتير النوم المتصل فى المكتب!

وتتبقى بعد هذا كله نقطة مهمة تتعلق بالتدهور الواضح الذى أصاب دخول الأطباء (وبخاصة القاعدة العريضة منهم) نتيجة لهذه الظاهرة التى يسميها الصياح المتصل: زيادة أعدادهم، ولا يخفى على أحد أن هذا التدهور قد جعل أتعاب العمليات الجراحية تتدنى إلى الحد الذى جعلها تنخفض فى المتوسط عن أتعابها منذ عشر سنوات مثلا، ومع أن مثل هذا الأمر يمكن قبوله أو فهمه فى ضوء نظريات العرض والطلب، وثبات مقدار العمل المتاح (وذلك على خلاف لا نهائية العلم المتاح، وعدم قابليته للتناقص مع زيادة المقبلين عليه.. كما أسلفنا فى مقدمة هذا الفصل)، فإن وجه الحقيقة فيه يرجع إلى سوء تخطيطنا فيما يتعلق بتوزيع الأعداد على الاختصاصات، ففى الدلتا كلها لا يوجد إلا أستاذ واحد فى جراحة من الجراحات الخاصة، وفى أى شارع من شوارع أى مدينة فى الدلتا ذاتها يوجد عدد لايستهان به من جراحى جراحة أخرى من الجراحات الخاصة، وهذا موضوع أعمق من أن يناقش فى فقرة واحدة، وأعرض من أن يتناوله قلم واحد.

الفصل الثالث

الصحة.. مسئولية من؟

ليس لأحد أن يزعم أن وزارة الصحة هى المسئول الأول عن «الصحة» فى بلادنا، بل إن الأدق من هذا أن نقول إن وزارة الصحة هى المسئول الأخير عن «الصحة» فى بلادنا.

وكل العوامل الآن مهيأة لأن تكون وزارة الصحة وزارة دولة فقط، وأن تتولى المحليات كل الأمور المتعلقة بالصحة بدءا من العلاج فى المستشفيات التى هى محلية بالطبع ومرورا بتوزيع القوى البشرية (الأطباء - الصيادلة - التمريض - الفنيين) على جميع المواقع بالتنسيق مع الجامعات التى أصبحت محلية (أو إقليمية) هى الأخرى، فلا يكون عندئذ داع ولا محل على الإطلاق لهذه الحركات غير المحسوبة التى نقوم بها من توزيع الأطباء أربع أو خمس مرات (فى الامتياز والتكليف، والنيابات، والانتدابات، والإخصائيين) على النحو الذى أوضحه برشاقة الكاتب الصحفى المتميز الأستاذ صلاح حافظ فى مقاله فى أخبار اليوم (يونيو ١٩٨٧).

ومع أننا نعرف أن كليات الطب ليست موجودة فى كل المحافظات، وكذلك (بل أكثر) الأمر فى كليات طب الأسنان والصيدلة والتمريض.. إلخ

فإن القضية ليست بهذا المنطق المصرى المعهود الذى يحرص على أن يضحى بفكرة اللامركزية إذا لم تكن لا مركزية كاملة.

إنما يمكن النظر فى مثل هذه القضية تبعا للتوزيع الإقليمى المأخوذ به الآن فى كثير من حركات التنسيق التعليمية والخدمية، وهو على سبيل المثال يجعل محافظات القناة الثلاث وسيناء مرتبطة بالجامعة الموجودة فى الإسماعيلية والتى تحمل اسم جامعة قناة السويس، ويجعل دمياط والدقهلية مرتبطة بجامعة المنصورة.. والإسكندرية والبحيرة ومطروح مرتبطة بجامعة الإسكندرية.. وهكذا.

إذا أخذنا بمثل هذا النمط من اللامركزية الجزئية، فمن الممكن أن تنتهى حركات توزيع الأطباء والقوى البشرية بالإضافة إلى أمور العلاج كلها وأمور الطب الوقائى الروتينى كله فى مجالس هذه المحافظات، التنفيذية والشعبية، وقد بدأت هذه المجالس تقوى، ومن ثم فإنه من الممكن أن تتولى مسئولياتها الكاملة عن العلاج الاقتصادى والتمويل ونسب الأسرة بالأجر وغير الأجر.. وتسعير الخدمة الطبية.. إلخ) وذلك بدون حاجة إلى قواعد موحدة أو إدارات موحدة متمركزة فى القاهرة.

وعندئذ فسوف يكون من المنطقى أن تتوزع فرص التدريب والنيابات على هذا النحو بالعدالة بين المحافظات التى تتولى هى الأخرى توزيعها (حتى ولو على كليات طب خارج نطاقها تبعا للتخصصات المختلفة).

كما يمكن حل المشكلات الناجمة عن عدم تناسق توزع الخريجين من المحافظات البعيدة فى سهولة ويسر متى تحددت أرقام العجز هنا، والفائض هناك، وهى فى واقع الأمر لن تعدو أن تكون مشكلات محدودة جدا، ومصيرها إلى زوال، لأن هناك، بالفعل الآن، فائضا فى كل مكان.

ومن الإنصاف أن نعترف هنا أن الوزير الذى حرص على أن يشتت الأطباء الشبان لم يفعل أكثر من أنه شتت الفائض الذى كان مَنْ قبله يحتفظ به فى محافظتين قريبتين من القاهرة، ولم يكن فى وسع أحد أن يجاهر بذلك، فآثر الكل معاملة المشكلة على أنها مسألة إبعاد الفائض على الورق إلى أماكن بعيدة فحسب، وتركوا للوزير مزية الفخر المزعوم بتغطية الخدمة الصحية فى الأماكن البعيدة!!.

بالإضافة إلى هذا سيتحقق قدر كبير ومتنام من توثيق العلاقات بين الجامعات التى تمثل مراكز التعليم والتدريب ومستشفياتها وبين الصحة وغيرها وذلك من أجل تحقيق تكامل يفيد، بلاشك، فى أداء الخدمة الصحية على خير وجه.

* * *

ولكن هل «الصحة» تقتصر على ذلك الدور الذى يمكن أن تقوم به المحليات أو «الوزارة المركزية» فى استغلال وتوظيف الموارد الصحية.. الإجابة بالطبع : لا.. وهذا هو سر المجاهرة فى أول هذا الفصل بأن وزارة الصحة قد تكون المسئول الأخير عن الصحة فى بلادنا.

والحقيقة التى لا شك فيها أن الضمير المصرى المعاصر ، قد أصبح واعياً تمام الوعى لهذه الحقيقة، وعلى سبيل المثال فإن المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى الذى أصدره المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية يحدد بعض الانشطة التى تؤثر بالإيجاب أو السلب على المستوى الصحى للمجتمع المصرى ومنها :

١ . **البيئة** : مدى توافر المياه الصالحة للشرب ومرافق الصرف الصحى ومدى خلو البيئة من التلوث.. ومدى توافر المسكن الصالح وغير ذلك من العوامل البيئية كالضوضاء وكثافة السكان.. إلخ.

٢ . **التعليم** : مدى انتشار المعرفة والاتجاهات الصالحة بين المواطنين ومدى استخدامهم لهذه المعرفة فى حل مشكلاتهم ومدى انتشار الأمية بين السكان.

٣. **الوضع الاقتصادى الاجتماعى :** مستوى الدخل الفردى والتباين فى الدخول والمستويات الاجتماعية مع التركيز على الشرائح الأقل دخلا والأدنى فى السلم الاجتماعى حيث إنها أكثر تعرضا للإصابة بالمرض.

٤. **التغذية :** مدى توافر الغذاء الصحى للجميع خاصة للفئات الحرجة مثل الحوامل والمرضعات والأطفال فى السنوات الأولى من العمر.

٥. **الثقافة :** ونعنى بها على وجه الخصوص العوامل التى تحدد موقف المواطن من الصحة والمرض ومدى تفهمه لها وتعامله معها، ومدى قدرته على اكتساب السلوك الصحى السوى والتخلص من العادات غير الصحية، ومدى انتشار الممارسات الطبية الشعبية (على سبيل المثال) بين الأفراد وتأثير الممارسين للطب الشعبى عليهم.

٦. **انتشار وسائل الإعلام :** مدى استخدام الإذاعة والتليفزيون والصحافة فى نشر الثقافة الصحية وانعكاس ذلك على سلوك المواطنين وعاداتهم الصحية.

٧ **: الالتزام السياسى من جانب الدولة :** مدى اقتناع الحكومة بضرورة تحسين المسار الصحى بتوفير الموازنات اللازمة وإعداد القوى البشرية المدربة، وبذل الجهد لتحسين القطاعات الأخرى المؤثرة فى الناتج القومى.

٨. **الموارد الصحية المتاحة :** مدى تغطية الخدمات الصحية لاحتياجات المجتمع ومدى تقبلها من الجماهير المستهلكة لهذه الخدمات ومدى وفاء الخدمة بالالتزامات المنوطة بها.

الفصل الرابع

كيف تفسد الأنانية خدماتنا الطبية؟

فى مصر طب متقدم لا شك فى هذا، وفيها أساتذة ممتازون على أعلى قدر من الكفاءة والحنكة، ومع هذا فإن نظامنا الطبى:

- يصبح «محرجا» بشدة أمام حالة غيبوبة سكرية يمكن للطبيب الصغير أن يكتشفها وأن يعالجها.
- ويصبح مكشوفا بشدة أيضا أمام أية حادثة على أى طريق من طرقنا الكبيرة القليلة دعك من الطرق الضيقة!
- ويصبح نظامنا الطبى فى حرج بالغ عندما يجد الناس أنفسهم فى حاجة إلى خرق القواعد والبروتوكولات من أجل العمل على نقل مريضهم من مستشفى إلى آخر.
- ويصبح نظامنا الطبى كله محل تساؤل حين يذهب بعضنا سواء من قادة الفكر أو قادة التنفيذ أو قادة الطب نفسه للعلاج من أمراض بسيطة خارج هذا الوطن كله.
- ويصبح نظامنا الطبى كله محل شك كبير حين يصرح وزير الصحة نفسه فى تبرير تصرف من هذه التصرفات بأنه قد استحال عزل المريض عن

الإجهاد العصبى من حوله، فإذا صدق هذا فكأنما نحن نمارس الطب على قارعة الطريق!!

* * *

ما الذى دفعنا إلى هذا كله أو ما الذى جعلنا فى هذا المأزق الصعب؟

من العجيب أن نظامنا الطبى نظام متفرد وفى تفرده هذا سر معاناته، فنحن لا نؤمن بنظام واحد فى الطب، ولكننا نؤمن بكل النظم جميعا ثم لا نقتصر فى إيماننا هذا على تقديرنا واحترامنا لهذه النظم - بحكم سعة أفق أطبائنا - وإنما نتعدى ذلك إلى تصور أن فى إمكاننا أن نجمع بينها جميعا فى مجتمع مهما يكن تعداد سكانه فهو أصغر من أن يتقسم ويتوزع بين أنظمة طبية متعددة كالتى عندنا.. نحن نجمع فى نظامنا الطبى بين العلاج العام والعلاج الخاص، بين السوق البيضاء (وهى فى عقيدة البعض سوداء الخدمة) والسوق السوداء (وهى فى عقيدة هؤلاء بيضاء الخدمة)، بين التأمين الصحى والعلاج المجانى، بين الطب المؤمم والطب الاستثمارى الذى يعمل فيه الأساتذة الكبار ومع هذا فإنه ليس لهم من أصوات مجلس الإدارة بحكم التمويل إلا أقل من ١٠٪ وليس من سيطرة رأس العلم (فى المستشفيات الجامعية مثلا) إلا قدر أكثر قليلاً.

ثم إن عندنا بعد هذا كله مستشفيات عامة وأخرى مركزية، ومستشفيات تعليمية وأخرى جامعية ومؤسسة علاجية تتبعها بعض المستشفيات التى تعرضت لما يشبه التأميم ومؤسسة للتأمين الصحى. بالإضافة إلى هذا فقد ورثنا من أيام ارتباطنا بالحضارة الإنجليزية سلسلة من المستشفيات المتخصصة على أعلى مستوى من المبانى ولكنها أصبحت تفتقد العناية الموازية.

وبالإضافة إلى هذا كله يملك وطننا سلسلة من المستشفيات العسكرية حافلة بالإمكانات والمعدات والمباني الممتازة.

وبعد هذا كله لا يزال طبنا ونظامنا الطبي يعاني على نحو ما ذكرنا.

* * *

وقد يعجب القارئ إذا أكدت له أن الأنانية هي السبب الأكبر وراء كل هذا الذي نعاني منه!

وقد يعزو قارئ آخر سبب هذا التفكير إلى الطبيعة الأدبية لكاتب هذه السطور، ولكني أستطيع أن أؤكد للجميع أن الطبيعة الأدبية لم تكن وراء هذا التفكير عشر معشار ما كانت الطبيعة الطبية لكاتبه، ولن أضيع وقت القارئ وإنما سأسارع لأضرب الأمثلة الدالة على صواب ما أقول:

(١) هيئة محترمة كان على رأسها في وقت من الأوقات مَن يحظى بتدليل الحكومة فإذا هو يستصدر قرارا بضم مستشفى إلى وزارته، ثم يخصص ميزانيات ضخمة جدا لإنشاء مستشفى آخر جديد بجواره، ثم هو يطور هذا المستشفى وكل هذا جميل ونحن لسنا ضده في شيء على الإطلاق.. ولكن الأدهى والأمر أنه فيما يتعلق بالموارد البشرية يكتفي بإلحاق بعض خريجي الطب بوزارته وتعيينهم في المستشفى وانتداب بعض الأساتذة ساعات محدودة في الأسبوع..

فهل هذا نظام كفيل بالعلاج الجيد؟

وهل يثق هو نفسه في علاج شخصه الكريم في هذا المستشفى.

وهل سيكون لهذا المستشفى مستقبل في يوم من الأيام (علما أو علاجا) إذا سار الأمر على هذا النحو؟..

إنما هى صورة من صور «الأنانية المظهرية» التى تكلف «نظام المؤسسة» أضعاف ما كان يتكلف لو عالج مرضاه فى أعظم المستشفيات الاستثمارية التى تعانى اليوم من قلة نسبة الإشغال رغم كل هذه النفقات!

(٢) مؤسسة علاجية عامة محترمة لا تزال إلى اليوم تكتفى فى نظامها الطبى بانتداب الأطباء فترة النيابة ثم هم يعودون بعد هذا إلى وزارة الصحة التى كانوا على قوتها، أما الإخصائيون والاستشاريون فهم فى أغلب الأمر من أساتذة الجامعة والمعاهد.. وتحقق المؤسسة أرباحا، ومع أن سمعتها لا تقوم إلا على جهد هؤلاء الذين وقعوا عقودا (منذ زمن بعيد كعقود إيجارات المساكن القديمة) معها لعلاج مرضاهم فيها فإن هذه السمعة لا تتعدى هذا الإطار الذى هو وقتى..

وفيما عدا هذا فإن هذه المؤسسة التى يمكن أن تتم فيها حتى اليوم (وتمت بالأمس) أعظم انجازاتنا العلمية وعملياتنا الجراحية الجديدة وطرق العلاج المستحدثة يضيع عليها شرف تسجيل كل ذلك فى تاريخها العلمى بفضل تقاسم الأنانية : أنانيتها للمال البسيط، وأنانية الجامعة لاحتكار تقدم العلم والنفوذ الطبى.

(٣) كلية طب عريقة أصبح عدد الأساتذة فيها بالمئات وقارب الألوف، هذا عدا الأساتذة المساعدين والمدرسين والمدرسين المساعدين والنواب ومع هذا لم يعد «واحد» من أساتذة هذه الكلية كلها يخرج إلى كلية أخرى لينشئ قسما جديدا مع أنها فى الماضى القريب قد أنشأت بمفردها ثلاث كليات كاملة من أعظم ما يكون وبأسلس ما يكون!! وحتى إذا خرج واحد منها إلى الوزارة عاد ليشغل كرسيه السابق فيها لا لينشئ شيئا جديدا. وسوف تصاب هذه الكلية بالترهل الباطن ثم الظاهر، وسوف تتفجر فى

يوم من الأيام إذا هى ظلت على حالها من رفض الانقسام الطبيعى والتكاثر الذى جعله الله سمة لكل الكائنات الحية!!

(٤) مستشفى عسكرى عام، لا يقع فى القاهرة، فهو، بالتالى، لا يحظى بمواظبة الأطباء على الحضور إليه كل يوم، وهو لهذا السبب نفسه لا يؤدى من الخدمات عُشر معشار ما تتيح له إمكاناته وذلك لأن العنصر البشرى هناك لا يلقى الجزاء الذى يشجعه على البقاء فى هذه المدينة الصحراوية أو العمل المثمر فيها، وحتى الأطباء المجندون فى هذا المستشفى يشكون من تحملهم قيمة طعامهم فى الأيام التى يقضونها فى المستشفى.. ولو كان هذا المستشفى فى بلد آخر لتحمل بلا مبالغة المسئولية الكاملة عن المشكلات الصحية لأهل إقليم هناك يناظر الدلتا عندنا.

(٥) مستشفيات صغيرة كثيرة تصمم على أن تسير بسرعة فى السباق المحموم من أجل اقتناء الأجهزة الطبية الجديدة المكلفة جدا، والتى تتجدد موديلاتها على نحو ما تتجدد موديلات السيارات تقريباً.. ومع هذا فإن هذه الأجهزة تبقى فى المخازن حتى تتلف أو يمضى زمانها.. أوهى لا تعمل، وإن عملت فإنها تكتفى من ذلك العمل بيومين فى الأسبوع، ومن المدهش لنا اليوم أن نكرر على أسماع أقوامنا أن المعامل المركزية الدقيقة فى اليابان كلها ثلاثة معامل فقط، وتأتيها العينات من اليابان كلها كل يوم فتكون نتائج التحاليل فى كل المستشفيات اليابانية صباح اليوم التالى بفضل نظام اتصالات جيدة أنفق عليه بعض ما ننفق فى شراء أجهزة المخازن.. ومن الطريف أنى سمعت هذا من وزير صحة سابق.. وزير صحة مصرى!! وما هى إلا أمثلة!!

الفصل الخامس

تقييم كفاية الخدمة الطبية

تتعدد الآراء فى المعايير التى يمكن على أساسها تقييم كفاية الخدمات الطبية، وبخاصة تلك التى تقدمها المستشفيات، وسأتناول فى هذا الفصل التعويل على الفكرة القائلة بأن المعيار الخاص بمعدل شغل المريض للسرير لا يزال بمثابة واحد من أهم المعايير وأقربها إلى التعبير عن مدى هذه الكفاية.

وفى ظروف مثل ظروفنا الحاضرة (حيث ارتفعت تكلفة السرير الواحد فى البناء الطبى والتجهيزات الشاملة التى تستلزمها مجموعة الأسرة فى المستشفيات وحيث قفز الرقم من ثلاثة آلاف جنيه إلى مائة ألف جنيه للسرير الواحد) فإن أهمية مثل هذا المعيار تتضاعف حتما، كما يتضاعف مقدار الاهتمام الذى ينبغى توافره فى تعاملنا مع هذه الجزئية.

ومن المؤسف أن واقعنا الحاضر لايزال يشهد مستشفيات متوسطة التجهيزات (أو ضعيفة التجهيزات) وهى تحتفظ بمرضاها مددا تطول إلى الشهور التى تمتد لتدخل فى الأعوام، ومما لا شك فيه أن بعض الحالات فى بعض التخصصات قد تحتاج إلى فترة أسابيع ممتدة، ولكن معظم

الحالات التى تشغل بها «الأسرة» فى مستشفياتنا ليست من هذا النوع على الإطلاق.

ففى مستشفياتنا نجد أقسام الأمراض الباطنة (الخاصة والعامة) تحتفظ بكثير من المرضى الذين يعالجون بما يسمى بعلاج الأعراض، وينتظر هؤلاء الأسابيع تلو الأسابيع نتائج تحليلات وهمية تجرى كروتين، وتجرى بطريقة الروتين الذى يأخذ من الوقت الأسابيع ليخرج بنتيجة هى فى معظم حالاتها من باب تفسير الماء بعد الجهد بالماء.

وفى وسع نظامنا الطبى أن يتحرر من هذه الحالات إذ ما وفر لها الرعاية المعملية حتى فى العيادات الخارجية للمستشفيات، وبحيث يأتى المريض فى اليوم ذاته أو بعد ٢٤ ساعة أو ٤٨ ساعة أو ٧٢ ساعة وقد حسمت الأمور فى أمر شكواه المزمنة أو مرضه المستمر، وهى الشكوى التى قد تلازمه عشرين عاما على الأقل بعد ذلك.

وفى مستشفياتنا نجد أقسام الجراحات الخاصة (المسالك البولية) تحتفظ بنصف أسرتها للمرضى الذين ينتظرون حلول الدور عليهم فى إجراء الفحص بالأشعة(١١) وقد أصبح مثل هذا الانتظار الطويل من الخصائص المميزة لسير العمل فى هذه الأقسام بحيث أصبح من المعتاد أن يكيف الأطباء ومساعدوهم حياتهم ونشاطهم تبعا لهذا النحو الممل، والذى يجعلهم ينظمون العمل على أن فى القسم نوعين من المرضى : نوع ينتظر الفحوص حتى يدخل حجرة العمليات، ونوع خرج من هذه الحجرة، وهو يلقى العناية حتى «يفك السلك».

وحين يكون فى وسع المريض أو طبيبه أن يجهز لمريضه أفلام الأشعة أو الأشعة الملونة...الخ فإن هذه المدة الأولى من بقاء المريض فى المستشفى

تُختصر تماما، والدليل على ذلك هو إمكانية إدراج اسم المريض فى قوائم العمليات خلال ٢٤ ساعة من دخوله المستشفى إذا ما توافرت معه فحوصه الكاملة.

* * *

على هذا النحو يمكن لنا أن نستعرض كثيرا من الثغرات التى تدفع بالخدمة فى مستشفياتنا إلى التحول من خدمة علاج إلى خدمة انتظار تتراوح درجاتها تبعا لمستوى الخدمة «الفندقية» التى تطبع مستوى أداء هذه المستشفيات، ومعظم العاملين فى حقل الخدمات الصحية يفهمون هذه الجوانب تماما، ويدركون مدى النفع الذى يمكن أن يتحقق من جراء إيقاف هذا النزيف (السلبى) فى إهدار الطاقات المتاحة التى لا يمكن استغلالها لا على النحو الأمثل ولا على النحو الأوسط.

وعندما بدأت النهضة التى تجلت فى بناء كثير من دور العلاج الحديثة فى كل مكان وكل تخصص، فقد زاد عدد الأسرة فى المستشفيات المصرية على نحو دفع البعض، عن صدق، إلى التفكير فى المطالبة بوقف بناء المستشفيات واستغلال الموجود الذى لا تبلغ نسبة الاشغال فيه مع أحسن تقدير أكثر من ٥٠٪، ولكن الذين يريدون بناء منشآت صحية جديدة لا يقفون موقف المتحفظ فى خطواتهم حين يقابلون أو يجابهون هذه الوفرة فى المتاح وهى وفرة زائدة وفائضة عن كل الطلبات، وإنما يظن كل منهم من باب الأمل (أو من باب اليأس) أنه وحده سيكون القادر على تحقيق (أو إحراز) نسبة الإشغال الكفيلة له بتغطية نفقات البناء والتجهيزات والتشغيل، والأمل فى الربح المضاعف.. ومع هذا فقد مضت الرياح بما لا تشتهى السفن فى كل هذه المراكز الطبية التى يظن الناس أنها تحقق

الدخول الخيالية، وهى فى الواقع قدتحقق خسائر خيالية، حتى وإن كانت غير منظورة.

* * *

ولعل أشد الأمور مدعاة للأسف فى هذه الجزئية هو أن هذه المستشفيات المجهزة المستكملة التى كان من دعائم فلسفتها الأصيلة التى بُشرنا بها ، أن تختصر مدة بقاء المريض فى السرير، أصبحت مع الانخفاض العام فى نسبة الأشغال لا تمانع فى زيادة مدة بقاء المريض فى السرير حتى يمكن تغطية الجانب الآخر من المصروفات التى تنفق فى مثل هذه الحالة على الخدمات التى لا تجد من يطلبها.

وهكذا خرج نظامنا الطبى من حفرة إلى حفرة كما يقولون، ومن دائرة مفرغة إلى دائرة مفرغة أخطر منها، وذلك بسبب سوء التخطيط، وستتضاعف المخاطر الناجمة عن مثل هذه الحلقة المفرغة إذا لم ننتبه - على جميع المستويات - إلى العناصر المتفاعلة فى صياغة نظام الخدمات الطبية.

ولعل أول ما ينبغى لنا أن ننتبه إليه فى هذا المجال هو أهمية الوعى بهذه العناصر على مستوى جميع العاملين فى الخدمات الطبية والصحية، وليس من المبالغة أن أقول إن هذا الوعى ينبغى أن ينتشر بين الجميع بدءا من عمال الخدمات المعاونة الذين قد يترتب على عدم تحمسهم لانهاء عملية نقل المريض من قسم إلى قسم فى ذات اليوم تأخير الإجراءات الطبية التى تجرى له لمدة أسبوع، أو عشرة أيام لمجرد أنه قد ضاع عليه حجز الأشعة مثلا !! أو رسم القلب.. أو غير هذا من الفحوص المعملية أو

المتخصصة.. ومرورا بالفنيين والممرضات والأطباء على اختلاف مستوياتهم.

لو فهم كل واحد من هؤلاء «العاملين» مدى الضرر الذى يحيق بنظام الخدمات الطبية وباقتصادياتها من مجرد تهاونه فى إنهاء الأمور فى وقتها المفروض لأصبح بالإمكان وبيسر شديد تدارك ٣٠٪ على الأقل من النفقات الناجمة عن امتداد فترات شغل المريض للسرير.

ومع هذا، فإن فى وسع الذين يحبون أن يقولوا لك أن كل تفكير فى أى إصلاح فى هذا البلد ليس إلا حرثا فى البحر أن يقولوا لك: وماذا تفعل عندما تنهى المشكلات التى تأخذ عشرين يوما فى عشرة أيام ؟ هل تبقى المستشفيات بدون مرضى؟.

وجوابى بسيط وهو: ولم لا؟ هل ستحزن المستشفيات يومها ؟ أو إنها فى مثل هذه الحالة سوف تكون مهيأة لعمليات التعقيم والتجديد وإصلاح البنية، وتعديل الهياكل بما يوفر إمكانات خدمة أعظم أثرا وأصلح؟ أليس هذا أجدى من هذا الانطباع بالازدحام الكاذب الذى لا يزال يشجع على إنشاء مستشفيات أخرى؟

جدول رقم ١ : بعض مؤشرات الوضع الصحى فى مصر

المؤشر	الرقم	السنة	الرقم المقارن	دوليا		
				الرقم المتاح	السنة	المصدر
نسبة المولودين حديثا ويقل وزنهم عن ٢,٥ كجم	٩١	٩٢	٨٢	٨٩,٦	٩٠	WHO
نسبة الأطفال الذين وزنهم لاذم لسنهم	٨٨	٩٥	٧٨	٩٠,٨١	٩٥	WHO
معدل وفيات الرضع فى كل ألف	٢٥	٩٨	٧١	٦٧,١	٩٠ ـ ٩٥	UN
احتمالية الوفاة قبل نهاية السنة الخامسة من عمر الأطفال فى كل ألف	٥٥	٩٢	١٠٨	٦٦	٩٥ ـ ٢٠٠٠	UN
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠ آلاف مولود حي)	١٧,٤	٩٣	٣٨,٢	١٧	٩٠	WHO
العمر المتوقع عند الميلاد للجنسين	٦٤,٧	٩٦	٦٣,٢	٦٣,٦	٩٠ ـ ٩٥	UN
العمر المتوقع عند الميلاد للذكور	٦٢,٩	٩٦	٦٢,٤	٦٢,٤	٩٠ ـ ٩٥	UN
العمر المتوقع عند الميلاد للإناث	٦٦,٤	٩٦	٦٣,٩	٦٤,٨	٩٠ ـ ٩٥	UN
أعداد وفيات ومؤشرات وفيات أخرى						
عدد وفيات ناتجة عن الإسهال للأطفال تحت ٥ سنوات	–	–	–	٢٢٧٤٦	٩٥	WHO
عدد وفيات ناتجة عن السرطان فى الذكور	–	–	–	١٦١٧٧	٨٥	IARC
عدد وفيات ناتجة عن السرطان بالإناث	–	–	–	١٤٨٩٠	٨٥	IARC
معدل وفيات ناتجة عن الحوادث لكل ألف فرد	–	–	–	٠,١١	٩٣	ILD

الرقم المقارن هو متوسط أو إجمالى إقليم شرق المتوسط

المصدر : تقرير منطقة شرق المتوسط منظمة الصحة العالمية عن عام ٨٩ والصادر فى ١٩٩٩

جدول رقم ٢ : بعض مؤشرات التغطية بالرعاية الصحية الأولية

المؤشر	الرقم	السنة	الرقم المقارن	الرقم المتاح دوليا		
				الرقم المتاح	السنة	المصدر
نسبة السكان المتوافرة لهم الخدمات الصحية المحلية (إجمالى)	٩٨	٩٦	٨٤	—	—	—
نسبة السكان فى الحضر المتوافرة لهم الخدمات الصحية المحلية	١٠٠	٩٦	٩٨	—	—	—
نسبة السكان فى الريف المتوافرة لهم الخدمات الصحية المحلية	٩٦	٩٦	٧٠	—	—	—
نسبة الرضع الذين أتموا التطعيم عام ٩٨ بلقاح بى. سى. ص	٩٧	٩٨	٨٩	٨٥	٩٥	WHO
نسبة الرضع الذين أتموا التطعيم عام ٩٨ باللقاح الثلاثى	٩٦	٩٨		٨٢	٨٥	WHO
نسبة الرضع الذين أتموا التطعيم عام ٩٨ باللقاح الفموى لشلل الطفال	٩٦	٩٨		٩٣	٩٥	WHO
نسبة الرضع الذين أتموا التطعيم عام ٩٨ بلقاح الحصبة	٩٨	٩٨		٨٢	٩٥	WHO
نسبة الرضع الذين أتموا التطعيم عام ٩٨ بلقاح الالتهاب الكبدى (ب)	٩٦	٩٨		٨٢	٩٥	WHO
نسبة الحوامل المطعمات بجرعتين من التيتانوس (الكزاز)	٦١	٩٨		٥٢	٩٥	
مؤشرات إضافية						
النسبة من السيدات الحوامل المتابعين بأفراد مدربين	٥٠	٩١ - ٩٣	—	٥٠	٩٣	WHO
النسبة من الولادات التى تتم بأفراد مدربين	٣٣,٥	٩١ - ٩٣	—	٣٥	٩٣	WHO
النسبة من الأطفال المتابعين بأفراد مدربين	٨٩	٩١ - ٩٣	—			
النسبة بين السيدات فى سن الحمل المستفيدات بتنظيم الأسرة	٤٧,٨	٩١ - ٩٣	—	٤٦	٩٢	UN

الرقم المقارن هو متوسط أو إجمالى إقليم شرق المتوسط

المصدر : تقرير منطقة شرق المتوسط منظمة الصحة العالمية والصادر فى ١٩٩٩

جدول رقم ٣ : النسبة المئوية لأسباب وفيات الذكور والإناث فى مصر

السبب	ذكور	إناث
أمراض الجهاز الدورى	٪٤٤,٦	٪٤٦,٤
أمراض الجهاز التنفسى	٪١٢,٥	٪١٣,١
الأمراض المعدية والطفيلية	٪٧,٢	٪٨,٥
أمراض الجهاز الهضمى	٪٥,٤	٪٣,٦
الحــوادث	٪٥,٤	٪٢,٩
أسباب أخرى	٢٤,٩	٢٥,٥

المصدر : الجهاز المركزى للتعبئة والإحصاء ، ١٩٩١

جدول رقم ٤ : متوسط مدة الإقامة بأسرة وحدات وزارة الصحة طبقا لبيانات مقدمى الخدمة (عام ١٩٩٥)

المنطقة الجغرافية	متوسط مدة الإقامة
المحافظات الحضرية	٣,٧
مصر العليا	٥,٢
مصر السفلى	٤,٩
محافظات الحدود	٣,٢
بيانات خروج المرضى الكلية	٤,٨

الباب الثالث

تحديات تواجه الخدمة الطبية

الفصل السادس

(٦) هل تقدمت صحتنا؟

فى كثير من الأحيان يعترينا اليأس من الأحوال الصحية.. ونستطرد فى نقاشاتنا إلى تأكيد أنها تتأخر.. رغم أننا جميعا نعرف أنها لم تتأخر، وإنما زاد الوعى، وزاد اكتشاف الأمراض، والانتباه إليها.

فما هو الموقف بالضبط؟

إن التقارير الإحصائية الرسمية تشير إلى كثير من التقدم :

(١) فقد اتجه معدل وفيات الأطفال الرضع إلى الانخفاض بصورة عامة من ١٢٩,٦ لكل ألف مولود (١٩٥٠) إلى ٧٢,٤ (١٩٨٠).. وهذه الأرقام تدل على ما وراءها من جهد يتمثل فى خطوتين مهمتين :

☐ انتشار الخدمة الصحية وظهور التحصينات والعلاجات الفعالة مما أدى إلى تحقيق قدر كبير من هذا الانخفاض فى معدل وفيات الأطفال.

☐ الانخفاض الثانى فى منتصف السبعينيات كان نتيجة النجاح فى مقاومة الوفاة الناشئة عن الإسهال ومضاعفاته، وذلك عن طريق الإرواء بالمحاليل «وهو نموذج للعمل الصحى المتكامل والمركز» سنتناوله بالتفصيل .

(٢) انخفضت معدلات الوفاة نتيجة الإسهال والنزلات المعوية من ٧٠,١ سنة ١٩٥٠ إلى ٤٣,٣ سنة ١٩٧٧ كما انخفضت معدلات الوفاة نتيجة «الضعف الخلقى» فى ذات الفترة من ٤٢,٥ إلى ٢٠ فقط.

ولكن لهذه الجزئية جانبا آخر، قد يكون مظلما، فقد ارتفعت معدلات الوفاة نتيجة النزلات الشعبية، والالتهاب الرئوى، والالتهاب الشعبى الرئوى، إذ بينما كان المعدل (لكل ألف مولود) بالنسبة للنزلات الشعبة ٨,٩ (عام ١٩٥٠) فقد أصبح ١٧,٦ سنة ١٩٧٧.

(٣) اتجه معدل الوفيات العام إلى الانخفاض بصفة عامة فقد انخفض بنسبة ٤٣,٢٪ حيث كان المعدل ١٩ لكل ١٠٠٠ نسمة (سنة ١٩٥٠) وأصبح المعدل ١٠,٨ (سنة ١٩٨٠).

ومن المهم فى مثل هذه الحالة أن نتأمل التغير فى معدل كل سبب من الأسباب الرئيسية للوفاة، ويرينا الجدول المنشور فى المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى أن هناك اتجاها عاما نحو الانخفاض فى معدلات الوفاة نتيجة الأمراض المعدية والطفيلية وأمراض الحساسية وأمراض الجهاز الهضمى وأمراض الطفولة على حين أن معدلات الوفاة نتيجة أسباب أخرى قد بدأت فى الارتفاع، وهذه الأسباب هى بالتحديد : الأورام، الحوادث، وأمراض جهاز الدورة الدموية، وأمراض الجهاز التنفسى، والأمراض النفسية!!

وتكمن دلالة مثل هذه النتائج فى أنه ينبغى علينا أن نزيد من اهتمامنا بمشكلات قومية لم تحظ بعد باهتماماتنا القومية وهى بالتحديد : الأورام، وأمراض القلب، والحوادث.

(٤) مع أن العبرة فى الأسرّة ليست بعددها وإنما بالإشغال ومعدلاته، ودورة السرير، والتجهيزات المرتبطة به، وحجم الإنفاق عليه فإننا لا نستطيع أن نغفل أن معدل الأسرة المتاح يمثل جانبا من الجوانب المهمة فى تطور الخدمات الصحية.

وقد ارتفع معدل الأسرة المتاحة لكل عشرة آلاف نسمة من ١٧,٥ سرير سنة ١٩٥٠ إلى ١٩,٥ سرير سنة ١٩٨٠. وهذه الزيادة فى المعدل تقابلها زيادة عددية قدرها ٥١,٧١٣ سريرا خلال الثلاثين عاما أى مرة ونصف ما كانت عليه سنة ١٩٥٠ (٣٥,٧٤٤ سرير).

وتشارك وزارة الصحة بأكثر من ثلثى هذا المعدل إذ بلغ معدل الأسرة ١٤ سريراً لكل عشرة آلاف نسمة سنة ١٩٨٠، كما تمثل الوزارة المورد الأساسى للأسرة العلاجية فى جميع المحافظات باستثناء المحافظات التى بها مستشفيات جامعية (كليات للطب) كالقاهرة والإسكندرية وطنطا والزقازيق والمنصورة وأسيوط. وتتفاوت الخدمة العلاجية بين المحافظات ويختلف مقدار التباين بين المحافظات لأسرة وزارة الصحة ولكن معظمها يتراوح ما بين ٨ إلى ٢٤ لكل عشرة آلاف من السكان.

ويشارك القطاع الخاص بنسبة ١٤,٢٪ من جملة الأسرة المتاحة وهذه النسبة فى طريقها إلى الزيادة نظرا لإقبال القطاع الخاص على اقتحام المجال الصحى نتيجة الأخذ بسياسة الانفتاح فى السنوات الأخيرة.

(٥) ترينا الدراسات الخاصة بتطوير الإصابة ببعض الأمراض المعدية أننا لم ننجح بعد فى سيطرتنا الصحية على هذه الأمراض.

* * *

وإذا كنا نبحث عن الأمل فى صحة أفضل للمجتمع المصرى فإن هناك عدة حقائق ينبغى لنا أن نضعها نصب أعيننا :

هذه الحقائق ذكرتها الدراسات المتنوعة، وليس لنا فضل ابتداعها أو الكشف عنها، وإنما نحن نوردها هنا بترتيب أقرب إلى تصور الرأى العام :

(١) فما زال المجتمع المصرى يعانى من قصور شديد فى الإسكان وتوفير مياه الشرب النقية والصرف الصحى.. ولاينبغى أن ننسى أيضا أن نسبة الأمية لا تزال مرتفعة.

(٢) لم تتم حتى الآن الرعاية اللازم توجيهها إلى الفئات التى يطلق عليها فى علم الصحة بالفئات (الحساسة) كالحوامل والمرضعات والأطفال.. إلخ).

(٣) لم نلتفت بعد إلى أهمية محاربة بعض الأمراض التى زاد انتشارها مثل التيتانوس والالتهاب الكبدى الوبائى.

(٤) لم ننته بعد - من بعض المشكلات الصحية التى كان ينبغى لنا أن ننتهى منها منذ مرحلة طويلة، ولا نستطيع أن نجد العذر لفشلنا فى هذه المشكلات.. وعلى سبيل المثال: الدرن والحمى الروماتيزمية وشلل الأطفال.

(٥) لم ننتبه على المستوى الجماهيرى والبيروقراطى إلى أننا على حد تعبير منظمة الصحة العالمية دخلنا فعلا أنماط أمراض البلاد المتقدمة فى الوقت الذى لم نتخلص فيه من الأمراض المعدية والسارية وهو النمط السائد فى العالم المتخلف.

(٦) لا تتوافق الزيادات فى أعداد القوى البشرية العاملة فى المجال الصحى على نحو ما هو متوقع من نمو متواز فى أعداد كل منها.. ذلك أنه مع النمو الذى عرفناه جميعا من زيادة أعداد الأطباء فلاتزال أعداد التمريض غير مواكبة لهذه الزيادة.

(٧) لم يفقد الطب الشعبى حتى الآن مكانه، وذلك على الرغم من الانتشار الإعلامى الذى غطى المجتمع المصرى.. ولهذا ينبغى علينا أن ننظر إلى مثل هذه القضية من وجهة نظر أكثر جدية لا تكتفى بمجرد إعلان أننا سنضم الدايات إلى النظام الصحى.. وإنما نتابع مثل هذه المشكلة بالحلول «التعقبية» إن جاز هذا التعبير بمعنى أن نفرق بين المستويات المختلفة لهؤلاء الدايات.. سواء كان علينا أن نعيد التأهيل أو نضع نظاما للتقويم.. أو التفتيش أوالترخيص.. إلخ.

على أن الأهم من هذا كله هو ما لم تلتفت إليه التقارير الرسمية من بقاء الأكاذيب الطبية التى يعرفها مجتمعنا جيدا متمثلة فى هذه الطفرات التى يتحدثون عنها حين يقوم طبيب غير مؤهل فى الغالب بشفاء كل الأمراض بروشتات عجيبة أو غير منهجية.. فضلاً عن الانتشار الموسمى لظواهر متكررة من قبيل مزاعم علاج الجن والعفاريت.. إلخ.

(٨) لا يزال استقلالنا الوطنى فى صناعة الدواء مهددا!!

(٩) لا تزال قضايا الصحة والعلاج والطب ودورها فى التنمية محتاجة إلى كثير من الدراسات الاجتماعية والاقتصادية التى تتناول على سبيل المثال بحوث الإنفاق الصحى ومدى مساهمة الأفراد فى علاج أنفسهم، وعائد الإنفاق الصحى بغية ترشيد الإنفاق، ومدى استخدام الموارد الصحية من المستهلكين والاستفادة بها، وأنماط التأمين الصحى، وتطور الوحدات.. إلخ.

□

وقد يكون من الجدير بالذكر أن نعطى للقارئ الصورة التى أوضحتها البيانات المتوافرة عن عدد الأسرة فى المحافظات المختلفة (حسب الحالة فى ١٩٨٥/٧/١) وهى الإحصائية التى نشرتها مجلة الأهرام الاقتصادى (١٩٨٧/٦/٢٩)، ونلاحظ أن هذه البيانات لا تتضمن الأسرة المتاحة فى مستشفيات القوات المسلحة، أما عبارة الوزارات الأخرى فهى تضم ضمن ما تضم مستشفيات الجامعة باعتبارها تابعة لوزارة التعليم العالى، على حين أن المستشفيات والمعاهد التعليمية تنصرف إلى المستشفيات التابعة لهذه الهيئة فقط (هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية) والتى يضاف إليها هذا الأسبوع (الأسبوع الأول من يوليو) ألف سرير فى معهد ناصر بالقاهرة.

جدول رقم ٥ : عدد الأسرة المتاحة للخدمة فى ١٩٨٧ فى المحافظات المختلفة موزعة حسب التبعية

المحافظة	وزارة الصحة	الوزارات الأخرى	المستشفيات والمعاهد التعليمية	القطاع العام	القطاع الخاص
القاهرة	٩٠٣٣	٧٢٨٩	١٣١٨	٢٩٩٠	٣٧٣٧
الإسكندرية	٣٣٨٩	٢٥٧٠	-	١٩٢٦	٢٤١
بورسعيد	١١٨٧	٢٠	-	١٣٦	٦٧
السويس	٦٩٥	-	-	٤٧	٦٠
الإسماعيلية	٦٦٤	-	-	١٣٠	٥٨
دمياط	١٣٣٥	-	-	٦٠	٦٠
الدقهلية	٣٦٤٤	١٥١٢	-	١٨٠	٢٢١
الشرقية	٣٣٠٠	٨٠٥	-	١٦٨	١٤
القليوبية	٥٧٧٨	١٥٣	٣٦٨	٦١٣	٢٧
كفر الشيخ	١٨٥١	-	-	-	١٤
الغربية	٢٧٨٦	٩٧٣	-	٤٤٦	٣٦٣
المنوفية	٢١١٦	٤٠	٥٠٥	١١٢	١٢٤
البحيرة	٢٦٥١	-	٦١٣	١١٢	٧
الجيزة	٤٠٧٤	٣١١	٣٥٦	٩٥١	١٩٣٢
بنى سويف	١٨٦٧	٤٠	-	٨٠	٢

الفيوم	٩٦٩٨	-	-	٤٢	٢٥
المنيا	٢٦٩١	٤٠	-	١٦٠	٤
أسيوط	٢٣٥٦	٥٧٠	-	١٥٥	٩٤
سوهاج	٢٣٣٥	-	٤٢٨	٦٠	٥٠
قنا	٢١٧٨	٤٠	-	-	١٢٠
أسوان	١٤٦٠	-	-	٤٠	٥٠
مرسى مطروح	٢٤٠	-	-	-	٤
الوادى الجديد	٢٦١	-	-	-	-
البحر الأحمر	١٤٤	-	-	٨٣	٣
شمال سيناء	١٢١	-	-	-	-
جنوب سيناء	١٠٠	-	-	-	-
الجملة	٥٨٩٦١	١٤٣٦٣	٣٥٨٨	٨٤٩١	٩٢٩٧

وربما كان من المفيد أيضا أن نشير إلى النتائج الإيجابية المتوقع تحقيقها قريبا فى مجال افتتاح المستشفيات الجديدة، وعلى سبيل المثال ففى تصريح لوزير الصحة ننقل قائمة المستشفيات التي كان يبشر بأفتتاحها فى عام واحد هو عام ١٩٨٧ مع عدد الأسرة والتكلفة الإجمالية.

جدول رقم ٦ : عدد المستشفيات المتوقع دخولها الخدمة فى عام واحد

المستشفى	عدد الأسرة	التكلفة الإجمالية
١- مستشفى قليوب المركزى	١٠٠	٣ ملايين
٢ مستشفى شبين القناطر المركزى	١٠٠	٣ ملايين
٣ مستشفى شرم الشيخ	٤٠	—
٤ مستشفى رفح	٤٠	—
٥ توسعات معهد القلب	٢٣٠	١٧,٥ مليون
٦ مستشفى التأمين الصحى بمدينة نصر	٦٠٠	٢٠ مليونا
٧ مستشفى دمياط العام	٤٠٠	٢٠ مليونا
٨ مستشفى أسوان	١٠٠	٣ ملايين
٩ مستشفى إدفو	١٠٠	٣ ملايين

على أنه لا يمكن لنا فى مجال الحديث المراد به الإجابة عن سؤال «هل تقدمت صحتنا» أن تكتفى بالأرقام الصماء التى قد تعطى فكرة عن مجموع الأسرة، والتقدم فى هذه الناحية، وإنما ينبغى لنا أن نبحث عن العدالة الاجتماعية فى توزيع الأسرة على المناطق المختلفة، وكذلك مراكز الإسعاف والصيدليات.

وسوف تنقل للقارئ هنا المتوسطات المستخرجة لكل ألف من عدد السكان كما أوضحها تقرير مجلس الشورى.

جدول رقم ٧ : توزيع مقارن لأسرة ومراكز الإسعاف والصيدليات فى بعض المحافظات وعلى مستوى الجمهورية [يوليو ١٩٨٥]

المنطقة	عدد السكان	إجمالى عدد الأسرة	عدد الأسرة لكل الف من السكان	إجمالى مراكز الإسعاف	عدد السكان بالألف لكل مركز	إجمالى الصيدليات	عدد السكان بالألف لكل صيدلية
الجمهورية	٤٨٥٧٥	٩٢٧٠٠	١,٩	٢٦٤	١٨٣,٩٩٦	٥٧٣٠	٦,٤٥١
القاهرة	٥٦٧٣	٢٤٢٦٧	٤,٣٠	٤٤	١٢٨,٩٣٢	١٥٧٩	٣,٥٩٣
الإسكندرية	٢٧٢٣	٨١٢٦	٢,٩٨	٢٥	١٨١,٥٣٣	٨٧٠	٢,١٣٠
الجيزة	٢٩٥١	٧٦٢٤	٢,٥٨	١٣	٢٢٧,٠٠٠	٧٢٢	٤,٠٨٧
سوهاج	٢٣١٩	٢٨٧٣	١,٢٤	١١	٢١٠,٨١٨	٢٢٩	١٠,١٢٦
قنا	٢٠٤٩	٢٣٣٨	١,١٤	١١	١٨٦,٢٧٣	٢٢١	٩,٢٧١
أسوان	٧٤٠	١٧٥٧	٢,٣٧	٤	١٨٥,٠٠٠	٥٧	١٢,٩٨٢

بعض الحقائق عن الانفاق الصحى
فى مصر

من الإحصاءات الواردة فى تقرير مجلس الشورى نطلع القارئ على الجدول الخاص بالنسبة المئوية للعناصر المختلفة فى الإنفاق الحكومى على الرعاية الصحية فى الموازنة العامة للدولة خلال الفترة (١٩٣٦-١٩٨٦):

جدول رقم ٨ : نسبة الانفاق على الصحة إلى الموازنة العامة للدولة على مدى خمسين عاماً

السنة	عدد السكان	ميزانية الدولة	ميزانية وزارة الصحة	النسبة	الباب الثالث استثمارات	نصيب الفرد من ميزانية الصحة بالجنيه
١٩٣٦	١٥,٨٠١	٤٣,٠٢٢,٠٠٠	١,٧٦٢,٩٥٠	٪٤,١	٢١١,٦٥٥	٠,١١٢
١٩٤٠	١٦,٨٨٧	١٦,٨٨٧,٠٠٠	١,٨٨٦,١٨٩	٪٤,١	٢١٩/٢٩٩	٠,١١٠
١٩٤٥	١٨,٤٦٠	١٨,٤٦٠,٠٠٠	٣,٨٠٩,٣٣٧	٪٣,٨	٩٧٢,٢٠٠	٠,٢١١
١٩٥٠	٢١,٢٩٣	١٩١,٨٠٦,٠٠٠	٧,١٠٥,٣١٣	٪٣,٧	٠,٠٩٨,٧٥٩	٠,٣٣٤
١٩٥٥	٢٣,٠٦٠	٢٣٨,٣٠٠,٠٠٠	٨,٩٤٨,١٠٠	٪٣,٨	٠,٢٩٧,٦٠٠	٠,٣٨٨
١٩٦٠	٢٦,٠٨٥	٣٠١,٠١١,٠٠٠	١٣,٦٩٨,٠٧٣	٪٤,٦	٢٦٣,٤٩٤	٠,٥٢٥
١٩٦٥	٢٨,٦٥٩	٦٥٢,٨١٤,٠٠٠	٣١,٣٩١,١٠٠	٪٥,٠٠	٠٠,٠٠٠	٠,٠٩٢
١٩٧٠	٣٣,٠٢٢	٢,٦١٠,٢٠٠,٠٠٠	٤١,٤٧٥,٠٠٠	٪١,٦	١,٣٣٣,٠٠٠	١,٢٥٦
١٩٧٥	٣٧,٠١٦	٦,١٣٨,٦٢٨,٠٠٠	٦٧,٧٢٣,٠٠٠	٪١,١	٥,٥٣٥,٠٠٠	١,٨٣٠
١٩٨٠	٤٢,٢٨٩	٧,٧٨٧,٤٣٨,٠٠٠	١٧٩,٤٦٢,٠٠٠	٪٢,٣	٢٩,٢٣٥,٠٠٠	٤,٢٤٤
٨٦/٨٥	٤٨,٥٧٥	١٦,٣٨٦,٦٧٨,٠٠٠	٤٠٢,٥٧٦,٢٥٩	٪٢,٥	٤٩,١٥٠,٠٠٠	٨,٢٨٨

من المسح الشامل للمجتمع المصرى (١٩٥٠ ـ ١٩٨٠) الذى أصدره المركز القومى للبحوث الاجتماعية ومن تقرير لجنة الخدمات فى مجلس الشورى نلخص ونبلور الحقائق الآتية :

- زادت ميزانية وزارة الصحة من ٧,١٠٥,٣١٢ جنيها سنة ١٩٥٠ إلى ١٧٩,٣١٣,٠٠٠ جنيها فى سنة ١٩٨٠، وإذا قارنا الميزانية المخصصة لوزارة الصحة بالنسبة لميزانية الدولة نجد أن هذه النسبة بلغت ٣,٧٪ فى سنة ١٩٥٠ ولكن قيمتها انخفضت فى سنة ١٩٨٠ لتصل إلى ٢,٣ ٪.

- على الرغم من الزيادة السكانية المستمرة فقد زاد نصيب الفرد من ميزانية وزارة الصحة حيث بلغ ٤٢٤ قرشا فى عام ١٩٨٠ مقابل ٦٣ قرشا عام ١٩٥٠، ، لكن هذه الزيادة ظاهرية نظرا لاختلاف القيمة الشرائية للنقود على مدى هذه الفترة.

- بلغ نصيب الباب الثالث (أى الاستثمارات) ١٥٪ من إجمالى الميزانية فى عام ١٩٥٠ وقد انخفضت نسبة الاستثمارات إلى إجمالى الميزانية خلال الستينيات والسبعينيات لتصل إلى ٣٪ فى سنة ١٩٧٠ ثم بدأت فى الارتفاع التدريجى حتى بلغت ١٦٪ فى سنة ١٩٨٠.

  أما الأجور (الباب الأول) فهى تستغرق حاليا ٦٠٪ من الميزانية بينما كانت لا تتعدى ٣٤٪ فى سنة ١٩٥٠.

- فيما يتعلق بالإنفاق الصحى للخدمة الصحية من ميزانية الدولة للسنة المالية ١٩٧٨ حسب طبيعة المنصرف (أجور ونفقات جارية للجهات المقدمة للخدمة) :

- من واقع الدراسة التى أجرتها الخريطة الصحية (نشرة رقم ١٠) فى إبريل ١٩٨٠ وجد أن إجمالى الإنفاق الصحى من ميزانية الدولة فى سنة ١٩٧٠ هو ١٣٧,١٣٩,١٢٨ جنيه وتسهم المؤسسات المختلفة فى هذا الإتفاق على النحو التالى :

جدول رقم ٩ : إجمالى الإنفاق الصحى من ميزانية الدولة (١٩٧٠)

الجهة	الأجور	النفقات الجارية والتحويلات الجارية	إجمالى الاستخدامات
• وزارة الصحة	٦٤,٩٩٤,٠٨١	٣٤,٢٣٥,٦٠٠	٩٩,٢٢٩,٦٨١
• التأمين الصحى	٣,٩٤١,٤٦٣	١٢,٠٠٩,١٩٤	١٥٠,٩٥٠,٦٥٧
• المؤسسات العلاجية	٢,٠٧١,٣٦٠	٤,٨٧٢,٣٢٧	٦,٩٤٣,٦٨٧
• المستحضرات الحيوية	٥٦١,٤٣٠	١,١٦٦,٨١١	١,٧٢٨,٢٤١
• الرقابة الدوائية	٤٤٥,٧٧٢	٥١٠,٣٤٩	٩٥٦,١٢١
• المستشفيات التعليمية	٢,٣٠٤,٩٩٦	١,٢٨٨,٩١٧	٣,٥٩٣,٠١٣
• المستشفيات الجامعية	٧,٢٥٥,٩٩٦	٦,٨٤٤,٩٤٣	١٤,١٠٠,٩٣٩
• المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة	٣٣٤,٠١٨	٨٠٨,٣٢٩	١,١٤٢,٣٣٧
• مستشفيات السكة الحديد	١٩٧,٥٠٠	٣١٠,٠٦١	٥٠٧,٥٦١
• مستشفيات الشرطة والسجون	١١٧,٥٢٩	٣٦١,٨٤١	٤٧٩,٣٧٠
جملة الإنفاق الصحى من ميزانية الدولة بالجنية المصرى	٨٢,٥٩٩,٧٩٥	٦٢,٩١٢,٨٦٦	١٤٥,٥١٢,٦٦١

□ نستطيع أن نلاحظ أن الأجور تمثل ٦٥,٥٪ من إجمالى الاستخدامات الجارية بوزارة الصحة، أما فى بقية الجهات فتمثل ٣٦,٧٥٪ من إجمالى الاستخدامات.

□ ويبلغ حجم المنصرف من الأدوية بالجهاز الإدارى والهيئات الحكومية العامة المقدمة للخدمة ٢٣,٠٧٤,٤٧٩ جنيها بينما يبلغ المنصرف عن طريق الصيدليات ١٠٢,٩٧١,٩٦٩جنيها.

جدول رقم ١٠ : مقارنة الإنفاق الصحى العام بالإنفاق والناتج القومى [بالمليون جنيه]

البيـــــان	١٩٦٧ - ٦٦	١٩٧٩
الناتج القومى الإجمالى	٢٤٨,٧	١٣,٢١٣,٠
الإنفاق الصحى	٣١,٣	١٢٠,٠
نسبة الإنفاق الصحى إلى الناتج القومى	١,٣٪	٠,٩٪
نسبة الإنفاق الصحى إلى الإنفاق العام	٩,١٪	٥,١٪
إنفاق الهيئات والمؤسسات التابعة للوزارة	٢,٨٪	٢٠,٧٪
نسبة إنفاق الهيئات الصحية إلى إجمالى إنفاق الهيئات	٠,٥٪	١,٦٪

جدول رقم ١١ : الإنفاق الحكومي على الصحة بمصر (من العام ١٩٩١ إلى ١٩٩٧) بالمليون جنيه

	١٩٩١	١٩٩٢	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧
الإنفاق الجارى على الصحة	٧١٥	٧٤٩	٩٠٠	٩٦٦	١٠٢٨	١٢٩٩	١٤٤١
الإنفاق الاستثمارى على الصحة	١٨٢	١٦١	١٠٦	٨٦	٢٧٠	٢٨٩	٣٦١
الإنفاق الكلى على الصحة	٨٩٧	٩١٠	١٠٠٦	١٠٥٢	١٢٢٨	١٥٨٨	١٨٠٢
الإنفاق الكلى الجارى الحكومى	٢٣,٤٧٩	٢٨,٥٨١	٣٦,٧٥٥	٤٣,٢٩٤	٣٤,٢٩٤	٤٧,١٢١	٤٨,٦٥١
الإنفاق الكلى الاستثمارى الحكومى	١٥,٠٦٧	١٥,٧٤٦	١١,٠٩٧	١٠,٦٥٩	١١,٢٩٩	١٢,٥٨١	١٤,٠٧٠
الإنفاق الكلى الحكومى	٣٨,٥٤٦	٤٤,٣٢٧	٤٧,٨٥٢	٥٣,١٥٣	٥٤,٥٩٣	٥٩,٧٠٢	٦٢,٧٦١
نسبة الإنفاق الجارى على الصحة إلى الإنفاق الجارى الحكومى الكلى (٪)	٣,٠	٢,٦	٢,٤	٢,٣	٢,٤	٢,٨	٣,٠
نسبة الإنفاق الاستثمارى على الصحة إلى الإنفاق الاستثمارى الحكومى الكلى (٪)	١,٢	١,٠	١,٠	٠,٨	٢,٤	٢,٨	٢,٦
نسبة الإنفاق الكلى على الصحة إلى الإنفاق الحكومى الكلى (٪)	٢,٣	٢,١	٢,١	٢	٢,٤	٢,٧	٢,٩

المصدر: وزارة المالية المصرية ـ نشرات DDM ، د. سمير فياض : الصحة فى مصر

جدول رقم ١٢ : تكلفة الرعاية الصحية بالقسم الداخلى
فى أنظمة ومؤسسات طبية مختلفة سرير / ليلة علاجية

	عدد الأسرة	الانفاق السنوى بالجنية على السرير	متوسط تكلفة المريض بالجنية	معدل اشغال الاسر (٪)	متوسط تكلفة للسرير المشغول
وزارة الصحة	٤٠,٤٧٠	٦,٠٠٠	٥٠	٣٣	١٨١٨٢
التامين الصحى	٣,٥٨٠	٢٤,٧٢١	١٧٧	٧١	٣٤٨١٨
المؤسسات العلاجية	٥,٤٧٧	١٧,١٠٠	١٠٦	٤٤	٣٨٨٦٤
المستشفيات التعليمية	٣,٨٩٦	١٤,٤٠٠	٨٩	٥٠	٢٨٨٠٠
المستشفيات الجامعية	١٨,٨٩	٢٢,٢٠٠	١٢٢	٥٠	٤٤٤٠٠
القطاع الخاص	١٤٥٤٥	٢٠,٧٠٠	٣٢٢	١٨	١١٧٦١٤

المصدر: (DDM 1997 &WHO 1997) ، نقلا د. سمير فياض : الصحة فى مصر

نلاحظ أن الإنفاق السنوى على السرير فى مستشفيات التأمين الصحى يفوق الإنفاق على السرير فى المستشفيات التعليمية والجامعية والقطاع الخاص (!!!!)

مقارنة مع أحوال الصحة فى ألمانيا الغربية
(١٩٨٠)

فى الفقرات التالية سوف نورد للقارئ الفقرات الخاصة بالحديث عن الصحة فى الكتاب السنوى «حقائق عن ألمانيا» الذى تصدره الحكومة الألمانية بمختلف اللغات.

□ وقد آثرت أن أنقل للقارئ النص الموجود فى الكتاب السنوى لعام ١٩٨٠ وفضلته عن النص الموجود فى ١٩٨٦ أو ١٩٨٧ للأسباب الآتية :

(١) أن معظم الأرقام والدراسات المصرية التى نقلت عنها بعض الإحصاءات فى هذا الكتاب قد وقفت عند العام ١٩٨٠.

(٢) أن ألمانيا سريعة التقدم والإنجاز، ولهذا فمن الظلم أن نقارن الوضع القائم فى ألمانيا اليوم بأرقام مصرية لا تعبر عن وضعنا القائم الآن، وإنما عن وضع أقل منه بالطبع.

□ هذا وقد راعيت الالتزام بكل ما فى النص الألمانى، واعتمدت الترجمة العربية مع بعض التعديلات اليسيرة المتوافقة مع الترجمة الإنجليزية.

□ وأحب أن أوضح للقارئ أن اختيارى للنمط الألمانى كان تعبيرا عن عدة معان:

المعنى الأول : أن ألمانيا الغربية تسير فى سياستها على نهج قريب جدا من النظام الاقتصادى الاجتماعى السياسى الذى يرتضيه معظمنا اليوم كبديل للحيرة بين النظامين الرأسمالى والشيوعى وهو ما يعبر عنه باسم الاشتراكية الديمقراطية، وصحيح أننا وافقنا بصفة رسمية على هذا النظام، واقتنع به المثقفون الطامحون إلى استقلال وطنى يحقق الحرية السياسة فى ذات الوقت.. إلا أننا لم ندرس بعد النماذج المتحققة له أو قريبا منه.. ولا نزال نتساءل : ما هى هويتنا ؟ وتغذى هذا الاتجاه بالطبع الصيحات الدينية التى ترفض كل الأسماء الجديدة، مع أن الاشتراكية الديمقراطية ليست إلا صورة عصرية من الصور الكفيلة بتطبيق عملى لما يتضمنه نظام الإسلام الاقتصادى الاجتماعى القائم على الشورى والتكافل الاجتماعى.. وإذا أنكرنا الأسماء فلن يسعنا أن ننكر أن ألمانيا الغربية (على سبيل المثال) تطبق قواعد الإسلام وأخلاقه وقيمه على نحو أفضل مما نطبقه، وقد شهد بهذا علماء الدين جميعا حتى قال بعضهم إنه لا ينقصهم إلا الشهادة واجتناب الخمر !! ومع هذا فنحن لن نحمل الأمور أكثر مما تحتمل فى هذا المقام وإنما نكتفى بما سبق لإيضاح الجو العام.

المعنى الثانى : أن ألمانيا الغربية فى تعداد سكانها قريبة منا إلى حد ما، ولهذا أهمية كبرى فى الدراسات الاجتماعية والاكتوارية (نظم التأمين) والتمويلية. إذ تصعب المقارنة بالدول الاسكندنافية ذات الأعداد القليلة من السكان أو بدولة مثل الولايات المتحدة ذات أعداد ضخمة ، وولايات مختلفة النظم والقوانين.

المعنى الثالث : هو أن صلاتنا بألمانيا الغربية فى التخطيط للتنمية ربما كانت أقوى صلة لمصر بالخارج (حتى وإن لم تستغل) وعلى حين تعنى الولايات المتحدة الأمريكية بدراسات المعونة AID والتمويل.. والدراسات السياسية.. الخ. وتعنى دول أخرى بالمشروعات مباشرة كالسوق الأوربية وفرنسا والبلاد العربية، فإن للعلاقات المصرية الألمانية قاعدة مشتركة من منتديات الحوار حول التخطيط للتنمية، بدءا من مؤسسة خاصة لهذا الغرض تصدر مجلة خاصةبصفة دورية ومرورا بمراكز النيل للإعلام والتعليم والاتصال المنتشرة فى وزارة الإعلام ودورتها المختلفة، والمشاركات المستمرة للهيئات الألمانية فى الندوات المصرية.. ربما آخرها الندوة المصرية الألمانية حول دور الممارس العام فى الخدمة الصحية فى مصر والتى أقيمت فى طب قناة السويس (إبريل ١٩٨٧)..

المعنى الرابع : وربما كان سببا ظاهريا هو توافر قدر هام ومحدد من المعلومات عن الخدمات فى ألمانيا..

ولنقرأ بعد هذا ما يتضمنه التقرير الألمانى :

الاهتمام بالصحة هو فى الأصل أمر يجب أن يهتم به ويقوم به كل فرد بنفسه، غير أنه أيضا واجب من واجب الدولة والمجتمع، ويجب أن تتاح لجميع المواطنين - بغض النظر عن أوضاعهم الاقتصادية - الفرصة للمحافظة على صحتهم ورعايتها وعلاجها.. ولم يتم الوصول إلى هذا الهدف تماما فى جمهورية ألمانيا الاتحادية بعد ، غير أن هناك عملا ضخما يتم خطوة بعد أخرى للاقتراب من تحقيقه بصورة كاملة.

وما يهدد الصحة العامة فى ألمانيا هو مايسمى بأمراض المدنية، فإن أكثر من نصف الوفيات يرجع إلى أمراض القلب والدورة الدموية، ثم

السرطان. ولم يعد السل ـ الذى كان منذ بضع عشرات من السنين «مرضا شعبيا» ـ يلعب دورا يذكر الآن.

الأطباء والمستشفيات

يوجد فى جمهورية ألمانيا الاتحادية حوالى ١٣٠,٠٠٠ طبيب بشرى و ٣٢,٠٠٠ طبيب أسنان، أى أن هناك طبيباً واحداً مقابل كل ٤٦٥ مواطنا، وطبيب أسنان مقابل كل ١٩١٦ مواطنا، وتعد جمهورية ألمانيا الاتحادية بذلك من أحسن الدول التى تتوافر فيها الرعاية الطبية فى العالم، غير أن توزيع الرعاية ليس متساويا فى كل مكان، وهذا ما ينطبق بوجه خاص على توزيع الأطباء الممارسين المستقلين الذين يكونون العمود الفقرى للرعاية الطبية بأكملها (حوالى نصف الأطباء يعملون فى عيادات حرة، والنصف الآخر فى المستشفيات والإدارات الصحية). وكثيرا ما ينقص عدد الأطباء فى الأرياف وضواحى المدن. ولما كان من المستحيل إجبار طبيب على فتح عيادة له فى مكان معين، فإن السلطات المحلية تسعى لجذب الأطباء إليها بتقديم عروض جذابة مغرية. كما يجرى التفكير فى إمكان توزيع الأطباء بشكل أفضل بالطرق القانونية.

وفى جمهورية ألمانيا الاتحادية ٣٥٠٠ مستشفى تضم ٧٣٠,٠٠٠ سرير، أى أن هناك سريراً واحداً مقابل كل ٨٤ مواطنا، وتحتل جمهورية ألمانيا الاتحادية بذلك مكانة عالية بالمقارنة بالدول الأخرى فى العالم، ويعود الفضل بشكل خاص فى توافر المستشفيات اليوم إلى قانون تمويل المستشفيات الصادر عام ١٩٧٢، والذى تساهم الحكومة الاتحادية بمقتضاه

فى نفقات المستشفيات بمليار مارك كل عام. وتتلقى المستشفيات الأموال اللازمة لها من الدول والبلديات (أكثر من نصف عدد الأسرة) والاتحادات الخيرية (أكثر من الثلث) والمؤسسات والهيئات الخاصة.

الرعاية الصحية

يلقى المبدأ القديم القائل بأن « الوقاية خير من العلاج » أهمية مطردة فى إطار سياسة الصحة العامة. إذ يجب على الفرد أن يتعلم تحمل المسئولية الخاصة فى المحافظة على صحته وتحسينها وحماية نفسه من كل ما يعرضه للأخطار الصحية. وتوجد فى العديد من المجالات فحوص وكشوف وقائية إجبارية، يبدأ أولها عند وضع المولود الجديد فى المستشفى. ويقدم التأمين الصحى القانونى سبعة فحوص إجبارية أخرى حتى سن الرابعة. ويخضع تلاميذ المدارس لرقابة وإشراف الطبيب البشرى وطبيب الأسنان بالمدرسة باستمرار، كما يتحتم على الشباب إجراء فحص طبى شامل قبل البدء فى الحياة المهنية. وتفرض بعض الولايات إجراء فحوص أشعة منتظمة للتعرف المبكر على الإصابة بالسل.

ويلعب التعرف المبكر على الإصابة بالسرطان دورا مهما فى علاج هذا المرض ومكافحته. ويقوم التأمين الصحى القانونى منذ بضع سنوات بتحمل نفقات الفحص الوقائى السنوى ضد أنواع معينة من السرطان، ويحق للسيدات إجراء هذا الفحص السنوى ابتداء من سن الثلاثين والرجال ابتداء من الخامسة والثلاثين. وللأسف فإنه لايحرص على الاستفادة من هذه الإمكانية الوقائية المجانية حتى الآن سوى ٣٥٪ من النساء و١٨٪ من الرجال. ولا يزال برنامج التعرف المبكر على الأمراض محتاجا إلى المزيد

من التطوير والتوسع. فإنه لا توجد فحوص وقائية لعدد كبير من الأمراض بعد، ويرجع ذلك ، إلى حد كبير ، إلى ضخامة النفقات التى تقف عقبة فى هذا الطريق.

النفقات الصحية

يثير تطور النفقات الصحية وزيادتها المستمرة قلقا كبيرا لدى المسئولين. وهنا يبدو بوضوح الجانب الآخر لهذا التطور الإيجابى. فإن الرعاية الصحية الآن أفضل مما كانت عليه فى أى يوم مضى، ويملك الأطباء والمستشفيات اليوم أحدث الأجهزة والمنشآت التكنيكية. كما أن التأمين الصحى الذى كان لا يدفع فى الماضى سوى النفقات الضرورية فقط، أصبح يتحمل اليوم أيضا نفقات إنجازات طبية باهظة التكاليف. ولقد أصبحت جميع هذه الإنجازات من الأمور الطبيعية البديهية، إذ إن نظرة الإنسان إلى الصحة والمرض قد تغيرت. واليوم يحتل الاهتمام بالصحة ورعايتها المركز الأول فى قائمة الاحتياجات الضرورية لدى المواطن. ويتصل هذا بقوة بفكرة أن المرء يجب أن يكون سليما للغاية وفى أعلى الدرجات جسديا وصحيا حتى يتمكن من الجلد والصمود والنجاح فى حياة العمل.

وكانت نتيجة هذا كله أن زادت النفقات فى مجال الصحة بقدر كبير ، وعلى سبيل المثال فقد زادت نفقات التأمين المحلى المقدمة للعلاج فى المستشفيات فى خلال الفترة من ١٩٦١ إلى ١٩٧٥ إلى الأضعاف التسعة، ونفقات علاج الأسنان إلى الأضعاف العشرة، وكان لابد بالتالى أن تزيد قيمة أقساط التأمين الصحى فى خلال هذه الفترة إلى الضعف أيضا.

ويتم اليوم إنفاق حوالى ١٤٪ من مجموع الدخل القومى فى مجال الصحة. أى أن كل مواطن ألمانى ينفق على صحته فى العام ما يعادل حوالى

دخل شهر ونصف شهر. ويُخشى إذا ما استمر هذا الصعود المستمر فى النفقات أن تصل نفقات الرعاية الصحية فى عام ٢٠٠٠ إلى ٦٠٪ من الدخل القومى. ولتفادى هذا التطور الخطير اتخذت الحكومة الاتحادية عام ١٩٧٧ عدة إجراءات قانونية تهدف إلى إيقاف زيادة النفقات. غير أن هذا يتطلب أيضا توافر الرغبة الصادقة والنية الطيبة والقدرة على التنظيم لدى جميع الأطراف المشتركة، مع عدم التنازل عن شىء من المستوى الرفيع الذى وصلت إليه الرعاية الصحية اليوم.

الفصل السابع

الإسراف فى بناء مستشفيات جديدة : طامة كبرى

ربما كان أهم تحذير ينبغى لنا أن نعلنه على صفحات هذا الكتاب هو أن بناء المنشآت الصحية الجديدة هو «أخطر» الإنجازات على طريق التنمية الصحية.

ذلك أننا لم نعد أبدا فى حاجة إلى كثير من هذه المنشآت، ولا حتى إلى قليل، وربما كان تقرير «العلاج فى مصر» الصادر عن مجلس الشورى أكثر التقارير التى ركزت على هذا المعنى ، وأبانت صواب هذه الرؤية من أكثر من جانب، ولو لم يكن لمجلس الشورى غير هذه اللمحات الذكية التى لا تتأتى إلا بعد الدرس الهادئ للأرقام على أيدى المفكرين أو المثقفين الذين يكون أمامهم متسع من الوقت لمثل هذه الدراسة.. لكفاه أهمية وفخراً.

ومن مواضع متفرقة فى تقرير مجلس الشورى، ومن مصادر أخرى نشير إليها سوف نذكر هنا أهم الأسباب التى تدفعنا إلى طرح مثل هذه الرؤية القائلة بعدم جدوى (بل خطورة) إنشاء المستشفيات الجديدة :

(١) سجل تقرير مجلس الشورى أن معدل إشغال الأسرة فى المستشفيات التابعة لوزارة الصحة يبلغ ٦٤٪، ونبه التقرير إلى أنه يمكن رفع هذا المستوى «عن طريق رفع كفاية العمل بالعيادات الخارجية، إذ يمكن

تشخيص حالة المريض بالعيادة، واختصار مدة بقائه إلى أدنى الحدود، والحد الأمثل للإشغال هو ٩٠٪ من الطاقة المتاحة، وبذلك يمكن زيادة الطاقة السريرية الحالية ٢٦٪ ».

(٢) وهناك عامل آخر يمكن به زيادة معدل إشغال الأسرة وهو خفض متوسط الإقامة والإشغال للمريض، وهذا المتوسط يبلغ حاليا ستة أيام ونصف يوم، على حين أن المتوسط الأمثل هو أربعة أيام، وعن طريق خفض مدة الإشغال هذه إلى أربعة أيام يمكن توفير ٣٨٪ من طاقة الإشغال .

وهكذا فإنه بإضافة العاملين معا يمكن زيادة الطاقة السريرية الحالية (٢٦+٣٨=٦٤٪) دون اللجوء إلى البدء فى بناء مستشفيات جديدة يعلم الله متى تتم، كما أنها تستنفد كل ما هو متاح من موارد دون أن تعطى عائدا سريعا يفيد فى حل مشكلة العلاج.

(٣) طبقا للبيانات والمعلومات التى قدمناها وناقشناها فى الباب السابق يبلغ عدد الأسرة العلاجية فى مصر (حكومية ، خاصة) ٩٢٧٠٠ سرير (هذا بالطبع بخلاف أسرة مستشفيات القوات المسلحة التى هى فى ازدياد مستمر) ويبلغ متوسط تكلفة إنشاء السرير وتجهيزه حوالى ١٠٠,٠٠٠ جنيه أى أن التقدير الرأسمالى لهذه الثروة القومية يقرب من عشرة مليارات من الجنيهات.. ولكن مدى العائد من هذه الثروة لايمثل حتى الآن أدنى حدود الاستثمار.

(٤) تحفظت اللجنة المعدة لتقرير مجلس الشورى على ما تضمنته استثمارات الخطة الخمسية الثانية من زيادة عدد أسرة المستشفيات العامة والمركزية بما يصل إلى ١٣,٥٢١ سريرا بتكلفة قدرها ٧٠٠ مليون جنيه عن طريق إتمام ١٤ مستشفى تحت الإنشاء، وتطوير ١٦٦ مستشفى قائمة

بالفعل إلى جانب إحلال ٣ مستشفيات وإنشاء مستشفى للأمراض النفسية بأسيوط، وتطوير ١٣٠ مجموعة صحية قروية إلى مستشفيات مركزية بتكلفة قدرها ٦٥ مليون جنيه..

وقد لاحظت اللجنة أن الخطة تشتمل على استكمال مشروعات دون أن يؤخذ فى الاعتبار المؤشرات التخطيطية والجغرافية والفنية «مثل العيادات الشاملة التى تم إنشاؤها، ومطلوب استكمال الأقسام الداخلية بها دون أن تكون هناك حاجة فنية لذلك، وأيضا التوسع فى تحويل المجموعات الصحية القروية إلى مستشفيات قروية قبل تقويم هذه التجربة»..

وقد أعلنت اللجنة رأيها القائل بألا يكون لمثل هذه المشروعات أولوية فى الخطة القادمة إلا إذا كان استكمالها يؤدى إلى المواءمة لسد احتياجات الجماهير من الخدمة الصحية، أو مواجهة النقص المترتب على اختلال التوزيع الجغرافى لها.

(٥) فى موضع آخر قدم مجلس الشورى البديل الأمثل، وهو رفع مستوى كفاءة الأسرة المتاحة، وفى معرض الحديث عن تمويل خدمات الرعاية الصحية ذكر تقرير مجلس الشورى أن اللجنة ترى أن «برفع اعتماد السرير من ٦٠٠ جنيه سنويا (باب ثان) إلى ٢٠٠٠ جنيه متدرجة على سنوات الخطة بزيادة ٣٠٠ جنيه سنويا وذلك لمواجهة الزيادة التى طرأت على أسعار الأدوية والأغذية والمهمات الطبية».

(٦) انتبه مجلس الشورى أيضا إلى أهمية صيانة المبانى والأجهزة والمعدات الطبية وفى البند (ب) من الحديث عن تطوير وتحديث الخدمات العلاجية ذكر تقرير المجلس أنه لما كان عدد الأسرة العلاجية فى مصر يبلغ ٩٢,٧٠٠ سرير، (يقترب تقديرها الرأسمالى من عشرة مليارات من الجنيهات) بأن اللجنة تقترح:

□ تخصيص نسبة اثنين فى الألف - على الأقل - من القيمة الرأسمالية (أى ٠,٢٪) فى الباب الثانى للصيانة وهو ما يوازى ٢٠ مليون جنيه سنويا.

□ إعداد وتدريب فنيى الصيانة بالمعاهد الصحية، والفنية، والمدارس الفنية والمدارس الفنية الصناعية، والتوسع فى القبول فى هذه المدارس والمعاهد، والأخذ بسياسة ربط الأجر والحوافز بالإنتاج.

□ تجهيز كل مستشفى بوحدة (ورشة) للصيانة.

□ التعاون بين كليات الهندسة والمدارس الفنية الصناعية والمعاهد الفنية والشركات الصناعية فى إعداد هذه الفئات والتدريب المستمر لها.

وهذه الاقتراحات فى الحقيقة تمثل ذلك الطراز من المقترحات الملحة والعاجلة التى لا ينبغى أن نتوانى فى وضع الأسس الكفيلة بخروجها إلى حيز الوجود والتنفيذ بأسرع ما يمكن.

جدول رقم ١٣: النسب المئوية لأسباب استبقاء (حجز) المرضى فى المستشفيات العامة والمركزية (١٩٩٦)

الحالات المرضية	ذكور	إناث
أمراض الجهاز الهضمى	٢٧,٣	٢٨,٩
أمراض الجهاز التنفسى	٢٧,٨	٣٣,١
الحوادث والتسمم والعنف	١٧,١	١٧,٨
حالات ما حول الولادة	٢,٦	٤
الأمراض الجلدية	١,٨	١,٧
أمراض الغدد الصماء	٣,٨	٤,٢
الأمراض المعوية والمعدية	٣,٤	٢,٢
أمراض أخرى	٨,٣	٨,١

المصدر: د. سمير فياض: الصحة فى مصر : الواقع وسيناريوهات المستقبل، منتدى العالم الثالث.

جدول رقم ١٤ : توزيع الأسرة المتوافرة فى مصر
حسب التخصص و التبعية الإدارية

الوصف	عدد الوحدات	الأسـرة	
		العدد	النسب المئوية
وزارة الصحة	١٢٣٨	٧٠٤٧٠	٥٦,٩٨٪
المناطق الحضرية			
المستشفيات العامة ومستشفيات الأحياء	٣٢٣	٣٢,٧١٤	٢٦,٤٥٪
مستشفيات الولادة والأطفال	٦	٤٨٢	٠,٣٩٪
مستشفيات الأمراض الفعلية	١٢	٦,٩٨٤	٥,٦٥٪
مستشفيات صدر	٣٤	٧,٥٦٠	٦,١١٪
مستشفيات الصدر مستوصفان صدر بأسرة	١٢	٢١٥	٠,١٧٪
مستشفيات الأمراض الجلدية	١	٧٣	٠,٠٦٪
مستشفيات طب وأمراض العيون	٣١	١٧٤٤	١,٤١٪
مستشفيات الأورام	١	١٠٥	٠,٠٨٪
مستشفيات الأمراض المتوطنة	٩	٦٨	٠,٠٥٪
مستشفيات الحميات	٨	٧٨٥٦	٦,٣٥٪
مستشفيات الكلب	٤	٠٠,٥٨	٠,٩٦٪
العـزل	٥	١٨٥	٠,١٥٪
مراكز الرعاية الصحية الأولية	٢٣٢	٣٤٣	٢٨٪

المناطق الريفية			
مستشفيات قروية	٢٠٧	٥٤٣٠	٥٤,٣٩
مراكز الصحة القروية (مجوعات صحية)	٣٧٣	٥٥٣٦	٤,٤٧٪
منظمات ومعاهد			
هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية	٨	٣٨٦٩	٣,١٣٪
مراكز علاجية	١٠	٨٨٤	٠,٧١٪
المؤسسات العلاجية	٢١	٥٤٧٧	٤,٤٣٪
هيئة التأمين الصحى	٢٢	٦٣٨٠	٥,١٦٪
مستشفيات تابعة لوزارات أخرى			
الجامعات (المستشفيات الجامعية)	٣٦	١٨٨٦٩	١٣,٣٪
مستشفيات الطلبة	١٠	٨٤٤	٠,١٧٪
مستشفيات الشرطة والسجون	١٧	١٠١٦	٠,٨٢٪
مستشفيات السكك الحديدية	٣	٣٤٦	٠,٢٥٥٪
معاهد أخرى	٢٠	١٥٨٢	١,٢٨٪
مستشفيات بالقطاع الخاص	٧٥٢	١٤,٥٤٥	١١,٧٦٪
الرقم الكلى	٢١٣٩	١٢٣,٦٧١	١٠٠٪

المصدر : وزارة الصحة ١٩٩٧، الصحة فى مصر : د. سمير فياض

جدول رقم ١٥ : عدد الأسرة فى وحدات وزارة الصحة

نوع الوحدة	عدد الوحدات	عدد الأسرة
١ - مستشفيات بالحضر	٤٠٣	٥٦,٨١٥
٢ - مستشفيات قروية	١٣٥	٤,٣٢٧
٣ - مراكز صحية قروية	٤٣٧	٦,٢٥٢
٤ - وحدات صحية قروية	٢٢٠٩	—
٥ - مكاتب صحية	٣٥٤	—
٦ - وحدات أمومة وطفولة	٢٣١	٢٣٢
٧ - وحدات صحية حضرية	١٦٧	—

● المصدر : الصحة فى مصر، والأرقام فى مصر ١٩٩٤

جدول رقم ١٦ : السعة السريرية للمستشفى حسب جهات تقديم الخدمة

جهات تقديم الخدمة	متوسط السعة السريرية بالمستشفى
وزارة الصحة والسكان	١٤٧
المستشفيات الجامعيه	٥٢٣
الهيئة العامة للتأمين الصحى	٢٠٠
المؤسسات العلاجية	٢٦٠
المستشفيات التعليمية	٤٨٣
القطاع الخاص	١٩

● المصدر : وزارة الصحة (١٩٩٧) .

الفصل الثامن

نظرة غير تقليدية لمشكلة التمريض التقليدية

«يمثل التمريض المشكلة الأولى للنظام الطبى المصرى».

بهذه العبارة أو بمثلها ترتفع عقيرة الأطباء الذين يجأرون بالشكوى مما يسمونه حقيقة المشكلة عند المواجهة.

ومع هذا فإن توافر الإحصاءات (الحديثة نسبيا) قد أثبت للجميع بما لا يدع مجالا للشك أن هناك الآن وفرة نسبية فى عدد الممرضات (وذلك بالمقارنة بالأعوام الماضية على الأقل).

ويكفى فى هذا الصدد أن نتأمل الإحصاءات الخاصة بالأعداد الموجودة بالفعل على درجات التمريض فى مستشفى محدود بأربع جدران وسوف ترينا هذه الإحصاءات أن هناك وفرا كبيرا فى عدد الممرضات.

ومع ذلك فمن السهل «نظريا» أن نعلل استمرار الأزمة مع كثرة العدد بتلك العلة الوجيهة التى تبدو مقبولة والتى «هى سوء التوزيع»، ولكن الواقع العملى لا يسمح لنا باللجوء المتكرر والأبدى إلى هذه العلة .

ويرى بعض الأطباء أن جوهر مشكلة التمريض يكمن فى أننا قصرنا هذه المهنة منذ زمن مبكر على الإناث، ومن ثم فإننا نقلنا إلى هذه المهنة كل

خصائص المرأة المصرية التى تكون فى شبابها أو قبل زواجها نشطة متقبلة للعمل، ثم يأتيها الزواج وما يعقبه من التشتت الذهنى (مع أن المفروض أن يعقبه الاستقرار)، وانشغال البال، وانخفاض مستوى اللياقة البدنية، والميل إلى الانصراف عن العمل، والإكثار من الإجازات ، تزايد احتمالات الاستقالة النهائية أو الإجازات الطويلة الأجل لمرافقة الزوج، والرغبة فى الابتعاد عن العمل الحقلى إلى العمل المكتبى، وحب التكريم بالوصول إلى الوظائف الرياسية التى ترتبط بتقليل ساعات العمل، واصطناع الأعذار للتهرب من العمل فى غير أوقات العمل الصباحية، والميل إلى الاستفادة من طول الخبرة والاحتكاك بالرئاسات فى استغلال هذه العلاقة من أجل تخفيض الواجبات، وتضاؤل فرص تطبيق الثواب والعقاب على موظف قديم كلما ازدادت أقدميته..... إلخ).

والمشكلة إذاً فى نظر هؤلاء تكمن فى منتهى الصراحة فى أن الممرضات اللائى يعملن فى مصر هن الممرضات الحديثات التخرج والتوظف فقط، وأن الباقيات يُحسبن على الورق ولا يحسبن من قوة العمل فى الحقيقة.. وقد تكون هناك استثناءات ولكننا نتكلم عن الصورة العامة!!

وفى رأى هؤلاء الزملاء أنه ليس من المتوقع أن تتصلح هذه الحال وذلك لسبب بسيط، هو أن نمط الحياة والتعليم والتحضر فى مصر لا يمضى بخطوات محسوسة ولا حتى بطيئة فى تغيير المفاهيم والقيم الحضارية المتصلة بالعمل، بل بالعكس فلربما يكون هذا النمط ميالا إلى تعظيم الاستفادة من الاستثناءات والتجاوزات، والإفادة مما يمكن أن نطلق عليه مزايا الأوضاع السلبية بأكثر من إفادته من التطور السريع المتلاحق المحيط بنا، وهو ما يتأكد عندما نلاحظ أن مستوى الأداء فى ١٩٨٧ أقل منه فى ١٩٨٦ وأقل بكثير منه فى ١٩٧٧ ... وهكذا.

بل إن المرأة الأم التى كانت تعطى حماسا واهتماما لعملها الذى نالته فى ١٩٦٠ مثلا أصبحت تجاهر برأيها القائل بأن من الطبيعى وجود هذه النسبة الكبيرة من اللامبالاة والإهمال الكامل فى بناتها اللائى يبدأن خطواتهن الوظيفية هذه الأيام!!

ومن دون أن نطيل الحديث فى مثل هذه الجزئية فإن هذا قد يجرنا إلى حقيقة مهمة أو إلى تساؤل ذكى نتمنى الإجابة عليه بالاثبات، وهو لماذا لا نفكر فى أن نجعل بعض وظائف التمريض مؤقتة مرتبطة بمرحلة سنية محدودة ، وبعدها لا تصبح الممرضة ممرضة ؟

ربما كان هذا سؤالا جريئا بلا شك، ولكن فى إجابته بالإثبات الدليل الحى على رغبتنا فى مجابهة مشكلاتنا !

لماذا لا نعتبر مهنة التمريض مثل مهنة المضيفة الجوية التى تنصرف بعدها بعض اللائى عملن بها إلى العمل على الأرض؟

لماذا لا نعتبر مهنة التمريض مثل وظيفة النيابة فى النظام الطبى يتولاها الطبيب فى شبابه بعد قضاء الامتياز والتكليف ثم يصبح إخصائيا ؟

* * *

ويرتبط بالتفكير فى مثل هذا المنهج تفكير آخر موازٍ فى طبيعة المناهج التى نسلكها فى تعليم التمريض..

ومن الأسئلة المتكررة هل تحتاج هذه المهنة فى مستوياتها الأوسع والأعرض قاعدة (أى تلك الوظائف والمسئوليات التى تتولاها خريجات مدارس التمريض المتوسطة) هل تحتاج كل هذا الكم من المعلومات التى نزعم أننا نعلمهن إياها على حين أننا فى كثير من الأحيان نكتب لهن الإجابة فى لجان الامتحان ؟ .

هل يحتاج تعلم «التمريض المتوسط» كل هذا الوقت الذى تستغرقه المقررات النظرية والذى نشغله بحجة التعليم بينما هو فى الحقيقة ستار لتضييع الأوقات؟

كل ما فى الأمر بصراحة أن فى وسعنا تعليم مناهج التمريض المتوسطة كلها بقدر من التكثيف والتركيز فى ٦شهور.. وإذاً فنحن لسنا فى حاجة إلى كل هذه الأعداد التى يُحكم عليها بالتخصص فى هذا الفن أو العلم بحكم الشهادة المتوسطة فحسب، ولكن أمامنا بديلاً أفضل فى هذه الجيوش التى تبقى رهينة المحبسين (المنزل وانعدام الوظيفة) من خريجات المدارس الثانوية وخريجات الجامعات اللائى يتأخرن فى التعيين ٤ سنوات.. فلنخصص من هذه السنوات الأربع ستة شهور لتعلم التمريض وسنوات ثلاثاً ونصفا لممارسته.. كل هذا لمن تريد وظيفة تمريض تعمل فيها طيلة ٥ سنوات فى بداية حياتها.

ولنعط هؤلاء الفتيات المنخرطات فى وظائف التمريض أولوية فيما بعد فى الحصول على فرص العمل الحكومية أو فى المميزات الحكومية الأخرى كالإسكان وغيره..

وإذا أقبل على هذا النظام عشرون فى المائة فقط من الخريجات فسيكون عددهن فى الواقع ضعف الممرضات المتاحات من المدارس الثانوية الفنية للتمريض.

وعندئذ يرتفع المستوى الثقافى للفتيات اللاتى يمارسن التمريض واللاتى يتولين أداء عبء كبير فى طب أكثر تقدما وأكثر ارتباطا بالعلم المعاصر.

ولنتذكر أننا فى ١٩٧٣ انتصرنا وكان من أسباب انتصارنا أن السلاح كان فى أيد متعلمة تخرجت من كليات هى كليات الحقوق والزراعة والآداب والفنون والهندسة والعلوم والطب والصيدلة.. فكان هناك بعُد وعمقَ، وبدون العمق والبعد لن يتأتى لمهنة خطيرة كالتمريض أن تنتصر فى معركة التقدم.

أما كليات التمريض فهى كفيلة بتخريج طائفة الممتهنات لهذه المهنة.. اللائى يمثلن العمود الفقرى فى المستشفيات حيث يواصلن العمل والترقى بينما تأتى عليهم وتذهب أفواج متعاقبة من ممرضات الخدمة العامة.

الفصل التاسع

طب الطوارئ

لو أراد وزير جديد للصحة فى مصر أن يستقصى آراء الحكماء فيما ينبغى عليه تركيز جهده فيه ليخلد اسمه ويرضى ضميره لأجمع هؤلاء الحكماء على تقديم النصيحة له بالاهتمام بطب الطوارئ.

فمما لاشك فيه أن طب الطوارئ هو الواجب الأول والأخير لوزارة الصحة نحو مواطنيها، ومما لا شك فيه كذلك أنه يعانى فى بلادنا من أزمة، ومما لاشك فيه أنه لو كان للدولة - أى دولة - أن تتخلى عن مسئولياتها العلاجية واحدة بعد أخرى، فسوف تبقى عليها وعلى عاتقها مسئولية هذا الجانب.

وليس من الصعب تحقيق نجاح مبهر فى هذا الجانب المهم من جوانب الرعاية الصحية إذا ما التفت إليه مسئول كبير لفترة معقولة من الزمن.

فعندنا من المؤسسات الطبية العدد الكافى والموزع جيدا للتصدى لهذه الخدمة، وعندنا بالطبع مستوى معقول من الكفايات البشرية والخبرات الطويلة فى هذا المجال، وليست تكاليف تحسين هذا الجانب بذات الخاصية من صعوبة التدبير مع الاعتمادات الضخمة المتوافرة فعلا.

إنما تكمن المشكلة فى جانبين :

● الجانب الأول: تنظيمى

● والجانب الثانى: فنى

فأما الجانب التنظيمى فيمكن تلخيص مشكلاته على النحو التالى :

(١) أن طب الطوارئ لم يصبح حتى الآن تخصصا مستقلا فى بلد تقدس التخصص فى شهاداتها وهياكلها الوظيفية، وإنما هو مرحلة «ترانزيت»، يتولاها الامتياز فى المستشفيات الصغرى، ويتناوب عليه الأطباء المقيمون بالشهور فى قصر العينى، وفى بعض (وليس كل) المستشفيات الجامعية.. وأقصى ما وصل إليه من اهتمام يتمثل فى مستشفى عسكرى يتناوب عليه فيه الأطباء الكبارة مرة كل شهر أو كل خمسين يوما.

(٢) أن المهمة الموكولة إلى أقسام الاستقبال فى النظام الصحى المصرى لا تتعدى تحويل الحالات إلى الأقسام الأخرى، ولم ينشأ بعد القسم المختص بالانتهاء من كل الطوارئ.. اللهم إلا فى التجربة الممتازة (التى لم تكتمل صورها الجميلة بعد) فى الاستقبال الجديد للقصر العينى الجديد الجديد على النيل.

(٣) أنه حتى فى الكليات التى خصصت وظائف نيابات لأقسام الاستقبال (وهى طب المنصورة) أو للطوارئ (كالإسكندرية والأزهر) فإن الدراسات العليا لهؤلاء النواب غير متوافرة، ولهذا فإنهم يجدون أنفسهم مضطرين إلى الاختيار ما بين الأقسام التقليدية القديمة حيث يمكن لهم أن يختاروا ما يتخصصون فيه بدراساتهم العليا .... وهكذا فانهم يعودون مرة أخرى إلى الاختيار ما بين الباطنة أو الجراحة أو القلب وهكذا.. وكأنما

كانت الوظائف التى بدأوا بها مجرد وظائف للبداية وليست من أجل كادر مهنى تخصصى.

(٤) أن حلقة الاتصال بين مراكز الإسعاف والمستشفيات لا تزال من أضعف ما يمكن.

(٥) أن العاملين الفنيين فى حقل الإسعاف (فنيى الإسعاف) فى تناقص مستمر، وفى وضع سيئ.

(٦) أن المسئولية فى علاج حالات الحوادث والإصابات غير محددة، فلا توجد (مداخل ومخارج) عمليات العلاج.

(٧) أن طب الطوارئ لم يحظ حتى الآن بأية مكانة على الإطلاق فى مناهج التعليم الطبى الاكلينيكى.

(٨) أن أقسام الاستقبال وما إليها ليست مجهزة (ولا ينتظر تجهيزها) لأداء وظيفتها بسرعة وبطريقة مثلى... الخ.

وربما يكمن الحل فى إعطاء مزيد من الاهتمام على كل المستويات بهذه المشكلة، ولكن هذا لن يحقق على المدى البعيد إلا تقدما قل أو كثر.. بينما المطلوب هو إحداث رقى شامل وطفرة ملموسة بواجهة النظام الطبى المصرى الذى لابد أن يحظى منا فى هذا الجانب بكل اهتمام.

وأظن أن النقاط الثمانية التى ذكرتها تشكل محورا لوضع خطة للنهوض بطب الطوارى على ضوء تجارب الدول السابقة علينا فى هذا المجال، والتى لابد أن نستفيد بها أقصى مايمكن.. على الطريق.. وعلى الشاطئ.. وفى حالات الحريق.

الباب الرابع

حلول وآفاق جديدة للخدمات الطبية

الفصل العاشر
مستقبل الوحدات الصحية الريفية

أخذت تكاليف إنشاء المستشفيات فى الارتفاع المتزايد فى السنوات القليلة الماضية، وقد كان من أسباب هذا ما يمكن أن نطلق عليه مناخ التضخم وما صاحبه من ارتفاع عام فى الأسعار والتكاليف شمل أسعار الخدمات ومستلزمات البناء والتجهيز، ولكن المؤكد أن ارتفاع مستوى الخدمات الصحية المتاحة أو التى أصبحت متاحة كان هو العامل الأكثر إسهاما فى هذا الارتفاع. فمما لا شك فيه أن أداء المؤسسات والمنشآت الصحية قد أصبح يواجه تحديات واضحة مع التطور السريع الذى أصاب كل جزئيات الخدمة الطبية فى جميع مراحلها سواء فى التشخيص والعلاج.

وحتى ندرك حقيقة ما حدث فإنه يمكن لنا أن نتصور مدى التقدم الذى أصاب الخدمة الطبية فى ضوء معدلات التطور الذى أصاب حياتنا المعاصرة مع تقدم الحضارة بخطوات واسعة، ويكفى أن نتذكر الحقيقة القائلة بأنه لم يعد من الممكن تحقيق الرفاهية بنفس التكلفة التى كان من الممكن تحقيق الرفاهية بها منذ ربع قرن مثلا.

وكما يصدق هذا التصور على الشرائح العليا من المجتمع فإنه يصدق كذلك على الشرائح المتوسطة والدنيا، تماما كالحال فى الجوانب المختلفة

من مكونات الحضارة الحاضرة، التى أتاحت على سبيل المثال لأهالى أى كفر صغير أن يحوزوا اليوم أكثر من عشرين جهازا من أجهزة الفيديو فى القرية التى لم يكن بها منذ ربع قرن إلاجهاز راديو واحد!!

لهذا السبب أصبح الحديث عن تطور الخدمة الطبية يركز على الحقيقة المرتبطة بمدى استفادة الجماهير العريضة منها، وهكذا لم يعد الهدف الأسمى للخدمة الطبية التى تقدمها الدولة أن تغطى أربعة آلاف كفر أو قرية، وإنما أصبح المستهدف من استراتيجيات الصحة أن تعنى فى الوقت ذاته بعامل آخر، هو مدى كفاية الخدمة المتاحة فى المراكز الطبية القائمة فعلا.

ومع الثورة الهائلة التى أصابت وسائل النقل والمواصلات والاتصالات، ومع تنامى القدرة العامة للجماهير على تعظيم الإفادة من الخدمة الممتازة مهما كانت بعيدة عن محال إقامتهم فقد تحولت القضية من مد مظلة الخدمات الصحية لتغطى الرقعة الشاسعة، إلى معالجة «الرقعات» التى أصابت هذه المظلة بحكم الزمن الذى لا يرحم! حتى وإن لم نكن ندرك مدى قسوته.

بعبارة أخرى فقد أصبحت القضية اليوم تكمن فى الإجابة عن السؤال المهم القائل: كيف يمكن للمؤسسات الصحية سواء المملوكة للدولة (أو التى تديرها الدولة أو التى تعينها الدولة أو التى تراقبها الدولة) أن تنجح فى تلبية حاجة المواطن إلى الخدمة الصحية ؟

ومن هنا نشأت فى الدول المتقدمة السباقات التى لا تنتهى من أجل اجتذاب أصحاب الحاجة إلى طرز جديدة من الخدمة الطبية (أو الصحية) السريعة الممتازة المتكاملة التى أصبح بالإمكان توفيرها من خلال مراكز طبية متقدمة التجهيزات والانشاءات، ومزودة بطاقات بشرية تؤدى أداء

متميزاً يتناسب مع خبراتها وقدراتها ، وتتمتع فى الوقت ذاته بمظلة إدارية ناجحة تحرص على رقى هذا الأداء وفعاليته .

ومن المؤكد أنه قد أتيحت ظروف ممتازة لبعض المؤسسات الطبية القديمة لكى تجد لنفسها مكانا تحت الشمس فى ميدان الخدمات الصحية فى مصر بعد التجديد أو الإضافة أو الإحلال والتبديل، ولكن هذه الظروف لم تتح حتى الآن لكثير من المنشآت الصحية الحكومية المهمة، ومنها على سبيل المثال الوحدات الصحية المنتشرة من خلال مشروع الوحدات المجمعة التى ازداد معدل انتشارها بكثافة فى الستينيات، وسواء صح أو لم يصح أن مصر كانت قد فاقت أمريكا فى نشر هذه الوحدات، فإن الزمن يطالبنا اليوم بالإفادة من هذه المؤسسات التى قد يخلو بعضها من كل مستلزمات الخدمة الطبية العصرية.. اللهم إلا بعض الأطباء الشبان الذين أصبحوا معزولين عن العلم الطبى والتعليم الطبى المستمر.

وقد يكون من المفيد أن نلخص الموقف الذى صارت إليه معظم هذه الوحدات فى عبارة تقول إنها أصبحت لاتتميز اليوم عن عيادة خاصة لممارسٍ عامٍ إلا بانضوائها تحت راية الحكومة، كما أنها أصبحت فى الوقت ذاته تتسم بافتقارها إلى عنصر الانتماء إلى عنصر بشرى حريص عليها، وبخاصة أنها على الجانب الآخر لا تملك العناصر الجاذبة أو الدافعة لإظهار الانتماء إليها.

* * *

ولكن ما هى تلك الإيجابيات التى تدفعنا إلى الحرص على الإفادة من هذه المؤسسات فى وضعها القائم أو على وضعها القائم ؟

□ أول هذه الإيجابيات هو العنصر البشرى الذى ارتبط بها، وبصفة خاصة من خارج طبقة الأطباء، أى من العاملين فى المهن الطبية المساعدة حيث أصبح وجود هؤلاء فى المجتمع المحلى يمثل قيما (أيا كانت) مرتبطة بالخدمة الطبية.

□ ثانى هذه الإيجابيات هو الكيان المعنوى الذى تكونت سمعته وصورته عبر سنوات طويلة شب فيها جيل وقد ترسخ فى وعيه أن هذه المؤسسة مرتبطة بخدمة صحته وحياته.

□ ثالث هذه الإيجابيات هو الكيان المادى المتمثل فى أبنية هذه المؤسسات وما تضمه من تجهيزات مهما قل شأنها ولكنها بقدر من التطوير كفيلة بالقيام بدور ما ضمن دور أكبر للمنشأة ذاتها فى المستقبل.

لكل هذه العوامل ولغيرها مما لا يخفى على أحد، فإن النظرة الثاقبة تستدعى إعادة تجهيز وتأهيل هذه الوحدات لتلعب دور أقسام متخصصة مرتبطة بالمستشفى الأميرى أو المركزى الذى يقع على بعد كيلو مترات من هذه الوحدات، وفى العالم كله وفى مصر تنفصل بعض الأقسام عن المستشفيات الكبيرة لتكون مستشفيات متخصصة مرتبطة (أو غير مرتبطة) بالمستشفى الأم.

وعلى النطاق الجامعى فإنه فى مستشفى قصر العينى ينفصل الأطفال فى مستشفيين خاصين هما أبو الريش القديم وأبو الريش الجديد وهما يقعان على شاطئ من النيل الذى يقع على الشاطئ الآخر منه قصر العينى نفسه، بل وفى حى غير الحى، وقسم شرطة غير القسم !!

وفى جميع المراكز المصرية نجد تقليدا (إنجليزيا فى الأغلب) بفصل مستشفى الرمد ومستشفيات الحميات ومستشفيات الصدر عن

المستشفيات العامة، سواء كان هذا لأسباب طبية ظاهرة أو لمجرد أسباب تنظيمية متعلقة بالخبرة فى إدارة المستشفيات.

وظنى أن بوسعنا على سبيل المثال أن نعيد تأهيل بعض الوحدات الصحية الكائنة على الطرق الزراعية لتكون بمثابة مستشفيات لجراحة العظام والإصابات والطب الطبيعى مع نقل هذه الأقسام من المستشفيات المركزية إلى هذه (الوحدات الطبية) بعد إعادة تأهيلها لأداء هذا الدور، وستكون النتيجة أننا نفسح فى مبانى المستشفيات المركزية أماكن ومساحات حيوية لأقسام أخرى تحتاج الفرصة إلى التوسع.

بمثل هذه الخطوة نستطيع أن نضع إستراتيجية واضحة لتحويل تدريجى للوحدات الريفية إلى مستشفيات متخصصة صغرى تخدم المناطق المحيطة، وتتيح للأقسام الباقية فى المستشفى الكبير (العام أو المركزى) أن تتوسع داخل نفس السور القديم ودون الدخول فى الحلقات المفرغة فى بناء منشآت جديدة فى بلد يعانى من عدم المقدرة على تمويل أبنية كثيرة جديدة، ويعانى فى الوقت ذاته من كثرة المنشآت التى لا تجد الاستغلال الأمثل.

وبمثل هذه العقلية يمكن لنا أن نتيح الفرصة أمام أقسام الجراحات المتخصصة لتأخذ دورها فى خدمة هذا المجتمع على امتداد هذا الوطن وبأيسر التكاليف وأسرعها فى الوقت نفسه، وأكثرها ملاءمة للانقسام الطبيعى الذى لابد من حدوثه فى مؤسسات «الخدمات الحية» التى نطمح لها فى «استمرار الحياة والتفوق».

نبذة عن تاريخ وإنجازات
الوحدات الصحية فى الريف

□ بدأ الاهتمام الحكومى بصحة الريف منذ ١٩٢٧ حين تقدمت مصلحة الصحة (لم تكن الوزارة قد نشأت بعد) ببرنامج مفصل عن الإصلاح الصحى.. لم ينفذ منه إلا البند الأخير الذى تضمن تقسيم القطر بحيث يكون كل طبيب مسئولا عن ٣٠,٠٠٠ من السكان.

□ وفى العام التالى (١٩٢٨) أنشئ قسم الأمراض المتوطنة، وبدئ فى افتتاح المستشفيات المتنقلة للأمراض المتوطنة.

□ وفى ١٩٣٠ بدأ تعميم المستشفيات القروية التى لم تكن إلا عيادات خارجية غير ذات برنامج صحى محدد.. وقد أوقف هذا المشروع عام ١٩٣٨.

□ وفى ١٩٣٩ بدأت الحكومة مشروعاً يرتبط بالصحة الريفية هو مشروع استئصال البلهارسيا فى الفيوم.

□ وفى ١٩٤٠ بدأ تنفيذ مشروع مكاتب الصحة الشاملة كبديل للمستشفيات القروية.

□ وفى ١٩٤٢ صدر قانون تحسين الصحة القروية، ونص على إنشاء المجموعات الصحية، واستهدف إنشاء مجموعة صحية لكل ١٥ ألف نسمة

لمعالجة الأمراض الشائعة فى الريف وبخاصة الأمراض الطفيلية المتوطنة، ونقص التغذية.. والأعمال الوقائية بالريف.. وكان عدد هذه المجموعات حتى عام ١٩٥٢ يبلغ ٢٢٢ مجموعة صحية.

□ فى ١٩٥٤ تقرر أن يكون إنشاء المجموعات الصحية ضمن وحدات مجمعة تهدف إلى التنمية الريفية المتكاملة، وإرساء فكرة الإدارة المحلية للخدمات، وتضم إلى جانب المجموعة الصحية مدرسة، ووحدة زراعية،وأخرى اجتماعية، وتم إنشاء ٣١٥ وحدة من هذا النوع.

□ وهكذا بلغ مجموع الوحدات الصحية المستقلة أو التى ضمن الوحدات المجمعة ٥٨٥ مجموعة.

□ فى ١٩٦٢ بدأت الخطة الجديدة لتعميم الخدمة الصحية فى الريف فى صورة وحدات ريفية صغيرة لا تحتوى على أقسام داخلية وتؤدى نفس الخدمات التى تؤديها المجموعة الصحية.

□ وفى ٧٠ - ١٩٧١ بدأ مشروع ناصر للرعاية الصحية ويقضى بإنشاء ٤٠٠ وحدة صحية ريفية، ثم توالى إنشاء الوحدات الريفية حتى بلغ ما تم إنشاؤه حتى عام ١٩٨١ (١٧٩٥ وحدة).

□ فى ١٩٧٦ بدأ مشروع لتطوير المجموعات الصحية إلى مستشفيات قروية، وهو بالقطع يختلف عن الفكرة التى عرضناها فى الفصل السابق لأنه يهدف إلى إيجاد مستشفيات صغيرة فيها كل الأقسام، وفيها بالطبع كل المشكلات التى تنجم من صغر حجم المستشفى وعدم تكامل الخدمة الصحية فيها.. وذلك على الرغم من وجود السلبيات حتى الآن على مستوى المستشفيات المركزية فى عواصم المراكز والعامة فى عواصم المحافظات.

□

ومع هذا فلابد أن نذكر أهداف مشروع تطوير المجموعات الصحية، وقد كانت على النحو التالى :

- تقديم العلاج على مستوى الإخصائى (وقد تطور هذا المستوى الآن فى مستواه.. وفى تزايد أعداده).
- الاستخدام الأمثل لأسرة الأقسام الداخلية بالمجموعات الصحية إذ يبلغ عددها حوالى ٨ آلاف سرير (وهو نفس الهدف الذى نسعى إليه من وراء فكرة تحويلها إلى مستشفيات متخصصة صغيرة تتيح المجال لإعداد الأخصائيين المتزايدة فى أداء عمل حقيقى يكون فيه التفاعل بين خبراتهم ممكنا وبحيث لا يتوزعون كل منهم فى قرية يقوم فيها بعملية جراحية واحدة على الأكثر) بينما النظام الذى اقترحته يتيح تكوين (مراكز) ولو على مستوى صغير ولكنها أمامها فرصة النمو.
- تقديم خدمات تشخيصية كالأشعة والفحوص الطبية.
- استخدام المستشفى القروى كمركز تدريبى للأطباء أو الفنيين.
- تشجيع الأطباء للاستمرار بوحدات الريف (أكثر من هذا يقدم مشروع التطوير الذى اقترحته البديل الأفضل وهو نزوح الأطباء الإخصائيين إلى الريف بتخصصاتهم وبمحض رغبتهم).
- زيادة ربط المواطن بالفريق الصحى.

الفصل الحادى عشر
مستشفيات التخصص الواحد: ماضيها.. ومزاياها

يبدو لى أن أكرر فى بداية هذا الفصل دعوتى إلى تحويل بعض الوحدات الريفية لتؤدى دور أقسام متخصصة مرتبطة بالمستشفى الأميرى الواقع فى منطقته بحيث تخفف هذه المؤسسات الصحية المطورة عن المستشفيات الأميرية بعض الأعباء العلاجية غير ذات الارتباط الوثيق بالتخصصات الأخرى، أو تلك التى يستحسن وجود أقسام مكررة لها فى المستشفى وخارجه.

ويبدو لى أن هذا المقترح لا يمكن دراسته ولا استيعابه ولا تصوره من دون أن نلم بفكرة جيدة عن تاريخ وحاضر المستشفيات الحكومية ذات التخصص الواحد.

وهنا تجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص والاستثمارى، هو الآخر كان قد عرف الطريق إلى هذه المستشفيات، منذ سنوات طويلة فى مستشفيات الولادة الخاصة وفى بعض التخصصات الأخرى.

مستشفيات العيون (الرمد):

☐ فى عام ١٩٥٠ كانت هناك ١٠٦ وحدة متخصصة لعلاج الرمد (مابين مستشفى وعيادة) وفى عام ١٩٨٠ أصبح عدد هذه الوحدات ١٦٩ وحدة.

□ يسجل المسح الاجتماعى للمجتمع المصرى انخفاض الطلب على هذه الخدمة من ٥,٣ مليون مواطن (عام ١٩٥٠) إلى ٣,٧ مليون مواطن (عام ١٩٨٠)، ولكن هذا الانخفاض فى نظرى يعتبر «مؤشرا جيدا» لأنه يرجع فى بعض أسبابه إلى انخفاض الإصابة وخاصة بالرمد الصديدى والتراكوما.. كما أنه يعود من ناحية أخرى إلى تطور العلاج الحديث وفعاليته.

□ فى الجيزة وعلى بعد خطوات من ميدان الجيزة وبالتحديد مطلاً على كوبرى الجيزة على النيل المسمى كوبرى عباس يوجد مستشفيان متخصصان للرمد كلاهما يمثل معهدا قوميا (مع اختلاف المستوى) أحدهما يتبع أكاديمية البحث العلمى، وقد خصص له رائد طب العيون الدكتور عبدالمحسن سليمان كل ثروته تقريبا.. وإلى جواره مستشفى رمد الجيزة بماضيه وتاريخه العريق.. ولكننا نهمل إهمالا قوميا هذين المعهدين على جميع المستويات.. ولعل التفاتة على مستوى رفيع تعيد دراسة هذا الموضوع والانتباه إلى أهميته.

مستشفيات الأمراض الصدرية :

□ يستقر فى أعماق المواطن المصرى أن مرض (الصدر) مرض معد شديد الخطورة.. وأنه كفيل بأن يذهب بصاحبه إلى الدار الآخرة عاجلا أو آجلا، وقد جاءت هذه الفكرة نتيجة للخبرة الشخصية التى عاشتها الأجيال السابقة مع الذين أصيبوا بمرض الدرن والأمراض المشابهة التى تنشأ لأسباب مهنية، وتحفل كلاسيكيات الأدب العالمى بصور مشابهة له لمثل هذه الإصابات التى قضت على حياة أصحابها وعلى مستوى معيشة أسرهم.. ومع أن هذا كان فى الماضى فإن ثقافتنا المصرية العامة التطور الذى

أحرزته علاجات وعقاقير الصدر، ومدى التقدم الذى قد يصيبه هؤلاء المرضى.

□ مع هذا تبقى أهمية وجود مستشفيات مستقلة للأمراض الصدرية معتمدة على فكرة جوهرية تتمثل فى ضرورة توفير الهواء النقى والمكان الصحى البعيد عن الازدحام والرطوبة ومصادر العدوى المتاحة بكثرة فى المستشفيات العامة.

□ هناك بالإضافة إلى هذا عامل جديد أصبح كفيلا بلفت الأنظار إلى أهمية التوسع فى مستشفيات الصدر خارج النطاق القديم، وهو بداية عصر ازدهار جراحات الصدر... وفى مدينة المنصورة حيث يقوم مستشفى متخصص للصدر وتقوم الجامعة فإن قسم جراحة الصدر والقلب فى كلية الطب بدأ يمارس نشاطه من خلال مستشفى صدر المنصورة التابع لوزارة الصحة..

□ لابد من الاعتراف بأننا رزقنا ميراثاً جيداً متمثلاً فى مستشفيات الصدر القديمة بما تمثله من تحف معمارية على أعلى مستوى من التشييد والمعمار ويجدر بنا أن نفيد منها فى تطوير الخدمات مستغلين مثل هذه البناءات ذات المساحات الواسعة والحدائق والتهوية ، فضلا عما لا تزال تتمتع به من قدرتها على العمر الطويل بفضل بنائها الممتاز.

□ كان عدد وحدات الأمراض الصدرية سنة ١٩٥٠ يبلغ ١٣ مستشفى وقسما ارتفع إلى ٤١ مستشفى وقسما سنة ١٩٨٠، وزادت السعة السريرية من ٣٠,٠٠ سرير (عام ١٩٥٠) إلى ٧٢,٠٠ سرير (عام ١٩٨٠) وهى زيادة معقولة لا هى ضعيفة ولا هى باهرة... كما ارتفع معدل الاستخدام للقسم الخارجى من ٩,١ مواطن لكل ١٠٠٠ نسمة (١٩٥٠) إلى ٣١,٢ (١٩٨٠)...

أما القسم الداخلى فقد ارتفع معدل مستخدميه من ٢,٤ لكل عشرة آلاف مواطن (١٩٥٠) إلى ٤,٧ لكل عشرة آلاف مواطن (١٩٨٠).

□ ينبغى أن ننتبه إلى تعاظم دور «الفحوص المعملية» فى كثير من علاجات الأمراض الصدرية بحيث يمكن تحديد سبب الحساسية (أو سبب العدوى.. إلخ..) مبكرا وقبل الاندفاع إلى استعمال المضادات الحيوية أو مضادات الحساسية (غير المطلوبة) لمدة طويلة نعود بعدها إلى الحلقة المفرغة ذاتها.

مستشفيات الأمراض النفسية :

□ لابد بداية أن نعترف بأننا فى مصر دخلنا الحقبة التى تنتشر فيها الأمراض النفسية، ومع أن جيل آبائنا من الأطباء كانوا يؤكدون أن للإيمان (فى الشرق) دورا كبيرا فى الحماية من هذه الأمراض وخصوصا الإيمان بالقدر خيره وشره، فإن هناك بلا شك أنماطا من التغيرات النفسية أصبحت شائعة بيننا، بل إن بعضها أصبح يتبدى فى صورة الايمان والتدين نفسيهما، وهذه قضية أخرى.. ولكنها على أعلى مستوى من الأهمية.

□ تتوازى مع هذه الفكرة.. الأرقام الرسمية التى تسجلها وزارة الصحة نفسها، إذ أنه مع زيادة عدد الوحدات المخصصة للعلاج النفسى (من مستشفيات وأقسام) عام ١٩٥٠ إلى ٣٤ مستشفى وقسم عام ١٩٨٠ فقد زادت السعة السريرية من ٣,٣٣٤ سريرا إلى ٦,١٧٧ سريرا على مدى نفس الفترة، كذلك زاد الطلب على الخدمة من ٥,٣ لكل عشرة آلاف إلى ٨,٧٣ لكل عشرة آلاف.

□ مع تفشى وباءات الإدمان من حين لآخر أو زيادة الاهتمام الإعلامى بها.. يزداد العبء الذى نلقى به على هذه المستشفيات.. وينبغى لنا أن نفكر من الآن فى مدى تنسيق العلاقة بين مكافحة الإدمان والمستشفيات النفسية، وهل يتكرس الوضع القائم بالدمج أو يتطور إلى الفصل.. إلخ.

وهى قضايا ليست واضحة حتى الآن فى ضمير الرأى العام والفكر العام فضلاً عن التخطيط الصحى.

مستشفيات الأورام :

□ على الرغم من التطور السريع والممتاز الذى حققه معهد الأورام فى جامعة القاهرة، فإننا لا نزال نفتقد نظائر لهذا المعهد خارج القاهرة على الرغم من أن الأورام لا يقتصر انتشارها على القاهرة وحدها.

□ ومن الإنصاف أن نذكر أن لوزارة الصحة معهد للأورام فى مدينة طنطا، ولكن يبدو أن الوزارة قد أدركت أن المستوى العلمى والأكاديمى هو العامل الحاسم القادر على تطوير مثل هذه المعاهد.

□ ومن الجدير بالذكر أن كلية طب الزقازيق تبذل جهودا (تتقطع من حين لآخر وتعود) لإنشاء قسم لجراحة الأورام أو معهد، ولكن هذا القسم لم يبدأ بعد*.

---

* بدأت وزارة الصحة فى نشر معاهد للأورام فى صعيدمصر، لكنها لا تتمتع حتى الآن بالصيغة الأكاديمية الكفيلة بتحقيق تقدمها فى المستقبل، كذلك فقد نشأ فى مدينة فاقوس معهد أهلى للأورام رعاه الدكتور شريف عمر عميد معهد الأورام القومى السابق ، لكن غياب الطابع المؤسسى، حتى الآن ، حال دون إحراز هذا المعهد المستوى الذى كان يحلم به مؤسسه صاحب الهدف النبيل .



مستشفيات الولادة :

□ تتمثل فى مستشفى الجلاء للنساء والولادة بالقاهرة صورة رائعة لمعهد طبى متخصص.. ولكنها لاتزال حتى الآن بمثابة صورة غير متكررة.

□ إلى عهد قريب كانت معظم المستشفيات الخاصة الناجحة اقتصاديا هى مستشفيات الولادة حيث لا يقتضى إنشاؤها ولا تشغيلها كثيرا من الإمكانات الباهظة أو التجهزات الطبية .

□ هل تدفعنا هذه الحقائق إلى تطوير عدد كبير من المستشفيات القروية إلى مستشفيات للولادة حماية للأمهات والجيل القادم من خطر الجهل والمرض؟ أم أن الأذكى من هذا أن نحول بعض هذه المستشفيات لرعاية الأمومة والطفولة تضم أقسام النساء والولادة ، الأطفال والمبتسرين ، والمعمل الكفيل بأداء هذه الوظائف، وقسم الأشعة القادر على تلبية احتياجات قسمى النساء والأطفال.

مستشفيات الأمراض الجلدية :

□ يشهد أبرز مستشفيات الأمراض الجلدية فى القاهرة نشاطا علميا من حين لآخر فى إطار الجمعية المصرية للأمراض الجلدية والتناسلية مما قد يكون ذا دلالة على النتائج المثمرة التى قد يحرزها تجمع عدد من الإخصائيين فى نفس المكان وتفاعل خبراتهم.

□ ربما كانت أقسام الأمراض الجلدية ذات طبيعة عمل خاصة ـ كما عهدنا فى مستشفيات الجامعة ـ حيث تعتمد فى أغلب نشاطها على العيادات الخارجية، وتخلو من مخاطر الوفيات !! وربما كان المناخ العام لها أكثر تميزا عن بقية المناخات الأخرى بحيث يحبذ فصلها فى الأقاليم فى

مستشفيات خاصة تتخذ من بعض وحدات الرعاية الصحية مقرات لها ، وهو ما يؤدى من ناحية أخرى إلى تحقيق فائدة أخرى من خلال إعادة استغلال المساحات التى كانت مخصصة لهذه الأقسام ضمن المبانى التى تحتلها المستشفيات الجامعية بمتطلباتها المكثفة والمتزايدة .

مستشفيات الحميات :

☐ تتمثل فى هذه المستشفيات صورة من الضرورات الطبية المهمة، حيث يكون عزل المرضى نوعا من أنواع الوقاية المهمة لتقليل المخاطر الصحية الناشئة عن هذه الأمراض السهلة الانتقال والعدوى، ويمكن القول بأن نشاط هذه المستشفيات يمثل نشاطا طبيا قريبا فى أدائه من صورة النشاط فى أقسام الرعاية المركزة حاليا، وكأن هذه المستشفيات هى الصورة القديمة من الرعاية المركزة!!

ومع أنه كان هناك ظن بانتهاء عصر الأمراض المعدية فإن العوامل المؤثرة على الصحة المعاصرة بدءا بالبيئة المفتقرة إلى الإصحاح الكامل قد أثبتت أنه على العكس من هذه العقيدة فإننا ربما لاتزال نحتاج إلى مثل هذه المستشفيات وخدماتها بصورة ملحة من حين لآخر..

☐ ولابد فى هذا المقام أن نعترف أننا لم نطور، حتى الآن، مستشفياتنا القديمة ذات التاريخ الممتاز فى هذا التخصص، وللأسف الشديد فإن المستشفيات الجديدة (الاستثمارية العامة والخاصة) أهملت تقريبا فرع الحميات وركزت بالطبع على أمراض الجهاز الهضمى والمناظير!

ويدعونا هذا إلى التفكير فى الإفادة من المعلومات التى يوفرها المسح الشامل والخريطة الصحية فى تحديد مجموعة من المواقع تطور وحداتها الريفية إلى مستشفيات للحميات هذا بالموازاة مع تطوير وتحديث الوحدات القديمة التى بدأت تلاقى الإهمال.

□ فى المسح الاجتماعى للمجتمع المصرى : بلغ عدد المستشفيات «المعازل» ٥ وحدات فى سنة ١٩٥٠ بها ٤٥١٠ سريرا، وارتفع هذا العدد إلى ٨٢ وحدة سنة ١٩٨٠ بها ٦٨٠٣ سريرا ويسجل التقرير نفسه رأيه المتفائل فيقول :

« ... ولو أن هذه الزيادة لم تغط الزيادة السكانية إلا أنها تكفى الاحتياجات نظرا لتغير النمط العلاجى للأمراض المعدية، وظهور المضادات الحيوية الفعالة، وانخفاض كثير من الأمراض المعدية نتيجة استعمال اللقاحات والأمصال والوقاية بالطرق المختلفة»..

* * *

ولابد قبل الانتهاء من عرض وجهة نظرنا فى مستقبل مستشفيات التخصص الواحد من أن نعطى فكرة عن أعداد المترددين على الوحدات العلاجية عامة (ومن ضمنها المستشفيات التخصصية) فى وزارة الصحة.

جدول رقم ١٧ : أعداد المترددين على الوحدات العلاجية

بوزارة الصحة (١٩٨٤)

	عدد المرضى بالعيادات الخارجية	عدد المرضى بالأقسام الداخلية
مستشفيات عامة ومركزي	١٦,٣٥٧,٤٤٤	٨٥٦,١٧١
مستشفيات رمد	٢,٣٣٣,٢٧٠	٢٣,٩٨٣
مستشفيات نفسية	١١٢,٩٩٢	٨,٠٥٩
مستشفيات صدر	٥٢١,٨٧٩	٢٢,٣٨٦
مستشفيات حميات	٢,٤٥١,١١٠	١٦١,٥٨٧
الجملة	٢١,٧٧٦,٦٩٥	١,٠٨٢,١٨٦
مستشفيات قروية	٥١٧,١٠٣	٥,٧١٩
مراكز صحية ووحدات ريفية	١١٤,٤٦٤,٦٨٩	٩,٧٤٠

● الأرقام لعام ١٩٨٤

الفصل الثانى عشر

فلسفة جديدة لرعاية الطفولة

قد لايصادق الناس - أو قد لا يوافقون - على ما قد نزعمه من أن أعظم إنجاز طبى فى القرن العشرين هو تلك الجرعة الصغيرة التى يحتويها كيس مكافحة الجفاف عند الأطفال.. ومع أن القرن العشرين قد حفل بجراحات كثيرة لم تكن موجودة من قبل، كما تميز باكتشاف البنسلين والمضادات الحيوية، وبالتقدم الذى أحرزته أدوات الفحص الطبى المتنوعة والمتقدمة.. مع كل هذا فإن أيا من هذه الوسائل لم يستطع ولن يستطيع أن يحقق ما حققته «جرعة الإرواء» التى قد تنفذ ٥ مليون طفل مصرى من فقدان الحياة .

قد تكون هذه مقدمة لهذا الموضوع ولكن الذى لا شك فيه أنها حقيقة رائعة جديرة بالدراسة والتأمل، إذا ما أخذنا فى الاعتبار أن ١٥ مليونا من الأطفال الرضع فى جميع أنحاء العالم (ممن يتراوح عمرهم ما بين يوم واحد وبين عام واحد) يموتون كل عام، وهذا هو الرقم المعلن لوفيات الأطفال فى هذا السن.

خمسة عشر مليونا من الأطفال ليس أبدا بالرقم الذى يستهان به ! حتى لو كانت الكاريكاتيرات المصرية تلجأ إلى السخرية بعد الحوادث أو

الانهيارات فتطلق على المسئولين عن هذه الكوارث نوايا (وسمات) التعاون مع أجهزة تنظيم الأسرة.

خمسة عشر مليون نفس زكية، لا يستطيع واحد أن ينفى إدعاء يدعيه كل أب وكل أم أن ابنهما أو ابنتهما التى ذهبت (أو الذى ذهب) كان سيكون كذا وكذا.. لو قدر له أن يواصل الحياة.

وعلى صعيد الخسائر التى تحسب مادياً فإن خسارة خمسة عشر مليون نفس تنبئ عن خسارة جهد ١٥ مليون طبيب ولدّوا، و ١٥ مليون سرير شغلت فى المستشفيات... فضلاً عن تكلفة الرعاية فى فترة الولادة وفى فترة الحمل من قبلها، وفضلاً عن الحاجة الغريزية إلى تعويض بعض هذه الخسارة على نحو سريع.. إلخ... ذهبت كل هاتيك الجهود قبل أوانها.. أليس كذلك !

وصحيح أن مصير بعض هؤلاء الخمسة عشر مليونا قد يكون إلى الموت بعد عام آخر أو أقل ، أوبعد سبعين عاما.. أو أكثر .. ولكن المؤكد أن حدوث الوفيات بهذه الكثرة فى هذه السن المبكرة يمثل نوعاً من أنواع **المأساة البشرية**، و**المأساة للبشرية** على حد سواء، ذلك أن أسباب هذه الوفيات (بنسبتها العالية تلك) تنبئ عن تخلف ملحوظ فى مجال السياسات الصحية والخدمات الصحية لم يكن ينبغى أن يبقى حتى اليوم بعد ما تم فى هذا الكون من تقدم ظن أهله معه أنهم «قادرون على هذه الدنيا».

ومن العجيب أن أسباب الغالبية العظمى من هذه الوفيات ليس أسبابا عديدة، وإنما هى أسباب معدودة فى أغلب الأحوال، يعرفها أهل هذه الأرض جيدا، وقد عانوا منها طويلا، ولكن يبدو أن الدرس لم يفلح حتى الآن فى أن يؤتى ثمارا تحول دون وقوع وتكرار هاتيك المآسى.

وهذه بعض الحقائق عن هذه المشكلة:

- ثلث هذا الرقم المذهل أى خمسة ملايين من الأطفال يموتون بالجفاف، ولو أفلح النظام الصحى فى معالجة الجفاف سواء عن طريق حقن محلول الملح بالوريد (عن طريق فروة الرأس أو غيرها) أو عن طريق تلك الأكياس التى أشرنا إليها.. لأنقذ من هذه الملايين الخمسة ثمانين فى المائة أى أربعة ملايين على الأقل.
- ومع هذا فإن ثلاثة ملايين آخرين يموتون بسبب الالتهاب الرئوى والحمى الناشئة من جراء الالتهابات الرئوية.. وليس من الصعب على الطب اليوم أن يستخدم المضادات الحيوية فى موضعها الصحيح من أجل علاج هذه الأمراض ، لا فى المواضع التى يحلو للكثيرين من أهل المهنة الاتجاه بها إليها !
- ثم إن مليونين آخرين يموتون بالحصبة، ومضاعفاتها، وللحصبة طرق للوقاية، وعلاجات كثيرة ولكن أهم نقطة فى علاجها هى منع المضاعفات لمنع الوفيات، وعلى هذا فإن مليونين من أطفال هذا العالم يموتون سنويا (ونحن فى العقدين الأخيرين من القرن العشرين!!) بسبب الحصبة !
- وهناك مرض معد آخر يظن طلاب الطب أنه انتهى من الوجود بعد الوسائل الفعالة التى اكتشفت للقضاء عليه، ولكنه للأسف لا يزال يحصد أرواح مليون ونصف من أطفالنا الرضع تضيع حياتهم بسبب تقلصات هذا المرض الذى هو «السعال الديكى» وهى تقلصات مؤذية تنتهى بتوقف الجهاز التنفسى عن العمل ، وانتهاء الحياة بالتالى.
- وفى المرتبة الخامسة يأتى «التيتانوس» الذى يذهب بأرواح مليون من الأطفال فى العالم، هذا غير ما يذهب به من أرواح الكبار... ومع هذا

فإن بعض ممرضاتنا فى أقسام الاستقبال لا يزلن يحسبن أن من البراعة أن يوفروا حقنة التيتانوس ويضنوا بها على ذلك المريض الذى أتى ليأخذها !! وهنا ربما يكون الوعى الصحى قد انتشر.. ولكن العاملات (أو بعض العاملات) فى الخدمات الصحية يأبين إلا أن يذهبن بهذا النجاح.. فكأنما نخطو الخطوة الأولى لتقضى عليها نهائيا الخطوة الثانية مباشرة !!! أى عبرة إذاً فى مثل هذا السلوك المتناقض!!

وفى إحصاء طبى شمل عددا كبيرا من أطفال الدول النامية تبين أن ١٦٠ يوما من حياة هؤلاء الأطفال على مدار العام (٣٦٥ يوما) يقضيها الطفل فى تأوه بسبب المرض!!

وعلماء النفس يؤكدون كثيرا أن طبع الطفل يُصنع أو يتكون فى عامه الأول. فتأمل معى أى مستقبل ينتظر الأمة التى قضى أطفالها الرضع - وهم رجال مستقبلها - ١٦٠ يوما من عامهم الأول فى حالة مرض!!

وتتوزع هذه الأيام ما بين ثلاث أو أربع دورات (فى المتوسط) من الإسهال المعدى.. وكلمة (المعدى) هذه تبين طبيعة الإسهال (أو بسببه) التى أتت (بسبب) العدوى ! وهذه إدانة للبيئة !.. وفى وصف هذا الإسهال بالمعدى إشارة مهمة إلى طبيعة الأمراض التى تذهب بأرواح الأطفال.. فهذا «الإسهال» ندخل «نحن» «أسبابه» إلى أجهزتهم الهضمية، وليس ناتجا أو ناشئا عن مرض فى هذا الجهاز!! وهكذا فإن الأطفال الأبرياء براء أيضا من أسباب وفاتهم ! وقديما دارت محاورات أهل المنطق حول أن الأطفال يصيبهم ما يصيبهم وهم بعد لم يجنوا ما ينالون عليه ذلك العقاب وبيت الشعر الذى يلخص هذه النظرية من أحب أشعارنا إلى قلبى:

ألم يروا إيلامه الأطفالا   وشبهه فحاذر المحالا

ومع هذا فتخفيف هذه الآلام من أكثر الأعمال التى تستأهل الثواب من الله.. ومن ناحية أخرى فإن بقاء الشكوى من هذه الآلام فى عصر أتاح لها الزوال يمثل عارا يستأهل خزى الدنيا والآخرة.. ومع هذا فلا تزال الآلام مستمرة .. بل الموت الزؤام!

ثم إن الطفل يعانى أيضا (فى المتوسط) خلال عامه الأول من أربع إلى خمس دورات من عدوى الجهاز التنفسى. وقد أسلفنا أن حمى الالتهابات الرئوية تأتى فى المقام الثانى بين أسباب الوفاة.

وإلى كثير من ظروف البيئة والتغذية يرجع السبب فى انتشار الالتهابات الرئوية على هذا النحو، وليس من الصعب التحكم فى هذه الالتهابات بفضل الإصحاح الجيد، والتهوية الجيدة، والعادات الصحية المنضبطة، والوعى الصحى، واستخدام الدواء فى مرحلة مبكرة وبالتركيز المطلوب (ثم أن يكون هذا الدواء هو الدواء المطلوب لا شبيهه).

وعلى أية حال فإنه إذا كان علينا أن نلخص أهم الوسائل الكفيلة بتحقيق ثورة طبية من أجل الحفاظ على حياة هؤلاء الأطفال فسوف نجد أربع وسائل فعالة، أولها الإرواء الذى هو علاج الجفاف.. ونستطيع أن نفخر أن مصانع العالم اليوم تنتج حوالى ٨٠ مليون كيس من جرعة علاج الجفاف، ولعل الأيام تتيح لهذا المشروع نجاحا فى توعية الأمهات، ولفت أنظارهم.. وفى رفع كفاءة العاملين فى الخدمات الصحية فى هذا المجال.. ولقد أثبتت الحملات التى ساعدت فيها منظمات الأمم المتحدة فى بعض الدول (ومنها مصر والهند وبنجالاديش) أن هذه الجهود قد استطاعت أن تخفض الوفيات بمقدار النصف، وعلى هذا فليس من رابع المستحيلات ولا من

ثانيها أن نرفع عقيرتنا بالأمل فى أن نقضى على ٩٠ ـ ٩٥ ٪ من هذه الوفيات، وليس هذا على الله ببعيد.

ولابد هنا أن نلفت النظر ـ من باب الوعى الصحى ـ إلى نقطتين مهمتين :

أولاهما : أن كثيرا من الأمهات إذا ما أصاب أطفالهم الإسهال المتواصل (فى أول مراحل الجفاف) أوقفن عنهم الطعام والشراب، وتضعف الشهية،ويقل الامتصاص ويزداد القىء، ويزداد الإسهال.. وهنا مكمن الخطورة.. ولعل هذا ينبهنا إلى أهمية استشارة الطبيب. ولن يتأتى هذا إلا إذا كثفنا الجهد فى أن نزرع فى هذه القلوب العطوفة بطبعها حقيقة أن مثل هذه الأعراض تستدعى اللجوء إلى الطبيب، وأن علاجها شىء آخر مختلف تماما عن هذه الخطوة الموروثة المتمثلة فى إيقاف الإطعام!!.

ومع أن هذا التكثيف الإعلامى فى تزويد الأمهات بالوعى قد يجعل كثيرا منهن ينظرن إلى كثير من الحالات البسيطة وغير المرضية على أنها حالات مرضية متأثرين بفلسفة بعض ممارسات الإدارة التى تؤمن بأن المتهم مدان حتى تثبت براءته ! بل قد حدث بالفعل كثير جدًا من الهلع والفزع فى أعقاب حملات مشابهة قام بها التليفزيون، إلا أن هذا الجزع أو التزيد على كل حال خير بكثير جدا من اللاوعى الذى تعانى منه كثير من الأمهات !

ثانيها : أن كثيرا من الأمهات فى أحوال أخرى ينظرن إلى الإسهال كظاهرة طبيعية تصاحب الفطام أو ظهور الأسنان (التسنين).. وهو ما قد يتوافق فى حساباتهن مع الشهر الخامس والسادس.. وتكاد تكون هذه العقيدة من أبرز مقومات عقائدهن فى التربية الصحية

لأطفالهن.. وهنا ينبغى لنا أن ننبه إلى حقيقة مهمة، وهى أنه حتى لو كان هناك ما يفسر وجود الإسهال فإن من الضرورة بمكان ألا تجعلنا معرفة مثل السبب نتكاسل عن التصرف الحذر تجاه النتائج المتوقعة التى تقود إلى دائرة تنتهى بما تنتهى به الحياة !

وصحيح أن الطعام الملوث، وأن المياه غير النقية، وأن نقص الإصحاح، وأن بعض العدوى قد تقود إلى الإسهال... كل هذا صحيح، ولكنه لا ينبغى أن يعوقنا عما يقودنا إليه الإسهال ذاته من مشكلات أخطر بكثير من مجرد حدوثه أو وجوده.

* * *

بعد الإرواء (كأهم عنصر فى تقليل وفيات الأطفال) تأتى جداول النمو وقد يدهش القارئ لوضع جداول النمو، فى هذا الموضع المتقدم بين الوسائل الكفيلة بخفض معدلات وفيات الأطفال.. ولكن الحقيقة أن هذه الجداول تلعب دورا أساسيا جدا فى هذه الجزئية، وليس من قبيل المبالغة القول بأن جداول النمو هذه هى خير مثل على صحة القول القائل بأن أول الكمال هو الشعور بالنقص !! ذلك أن معظم الأمراض التى تنشأ عن سوء التغذية لا تلقى اهتمام الأهل الذين لا يدركون مدى خطورتها، فالطفل قد يكون أبعد ما يكون عن النمو، وليس عند أهله - ولا عند الأطباء أنفسهم - الحاسة التى يشخصون بها صغر الطفل عما ينبغى أن يكون تبعا لعمره.. وقد يكون مرجع هذا إلى معدلات النمو السريعة للأطفال فى سنواتهم الأولى، وأن صورتهم فى الحياة لا تتيح (مباشرة) أن نقدر كم يبلغون من

العمر؟.. ولكن هذه الجداول وهى سهلة الاستعمال جدا كفيلة مع « مقياس مترى» يوضع فى جيب المكلف بالخدمة الصحية أن يشخص ما لا يمكن تشخيصه إلا بها، ومن ثم يتم التصرف على هذا الأساس.

وعلى قدر خطورة سوء التغذية بين الأسباب المتعدد للوفاة، تأتى أيضا أهمية جداول النمو Growth Charts.

* * *

أما العنصر الثالث فى تقليل وفيات الأطفال فهو **الرضاعة الطبيعية**، ومن حسن الحظ أننا بفضل تقاليدنا العاطفية قدأبقينا عليها (فى النسبة العظمى) حتى سنوات قليلة، ولعل فى هذا ما يعطينا الأمل فى أن تعود إليها سيداتنا على امتداد الوطن العربى.. وليس من شك أن العوامل التى تقف فى جانب عودة سيداتنا إليها، عوامل قوية الإيجابية، ربما كان من ضمن هذه العوامل الجانب الروحى وهو ما قد لا يتوافر فى مجتمعات أخرى.. ومع هذا فإن من الخطورة أن نقلل من قيمة أو قدر العوامل التى تحول بين السيدات وبين هذه الرضاعة.

ولعل الأسباب غير المباشرة فى هذه المسألة هى الأجدر بالنظر، فتعاون الحكومات مع الأمهات العاملات من أجل قيامهن بالرضاعة يجب أن يكون على أوسع نطاق وأسرع ما يمكن.. وليكن شعار الحكومة أن تدلل (وأنا أعنى كل ما يدل عليه هذا الفعل بالتحديد) هؤلاء الأمهات إذا ما أردن القيام بالرضاعة الطبيعية، وأن تيسر لهن أداء هذه المهمة، بل أن تحملهن من أجل أدائهن لها على كفوف الراحة ! ومهما كانت التكلفة الاقتصادية لذلك. ومن العجيب أن العائد الصحى على المجتمع من هذه الخطوة كفيل

بتوفير كل ما يُنفق فى سبيلها، وما تتجاوز عنه الحكومة من ساعات عمل مدفوعة الأجر تمنح لهؤلاء الأمهات.

ومن ناحية أخرى فإن الإعلام بمخاطر البعد عن الرضاعة الطبيعية يجب أن يأخذ حيزا أكبر مما يأخذه الآن!.

يجب علينا إذاً أن نعمل فى هذا المجال مستهدفين أن نصل إلى نموذج السيدة التى تتألم نفسياً لأنها لا تستطيع الرضاعة الطبيعية بسبب قهرى.. ومع هذا فإنها تتمنى أن تتاح لها الفرصة أو نصف الفرصة..

ويجب أن نسعد حين نجد مثل هذه السيدة وهى تحاول أن تخفى هذا العجز عن إرضاع طفلها عن صويحباتها حياء وخجلا.. هذا هو الطراز والنموذج الذى ينبغى لنا أن نسعى إليه على المديين القصير والطويل فى الإعلام والتربية على حد سواء.

وينبغى لنا أن ننظر إلى كتب القراءة والمطالعة فى الأعوام القادمة فنجد فيها فى أكثر من مقرر من مقررات الفرق الدراسية المختلفة موضوعات تبث فى النفوس الشابة، وهى بعد لم تتشكل،أهمية أن نمضى على النحو الذى خلقه الله!...

* * *

نأتى بعد هذا إلى العامل الرابع - وهو آخر العوامل التى نتحدث عنها فى مجال تقليل وفيات الأطفال - وهو **المناعة**..

- المناعة التى بفضلها اختفى الجدرى نهائيا من على وجه الأرض..
- المناعة التى بفضلها لم تعد الكوليرا أقسى من الحروب العالمية..

○ المناعة التى بفضلها اختفت كثير من البثور والتشوهات التى كانت تبقى على وجوه الإنسان أوجسمه طيلة عمره!

ومع أن الأمراض المعدية كثيرة جدا، إلا أن أبرز هذه الأمراض فى مجال الحديث عن أهمية المناعة فى تقليل أسباب الوفيات بها هى على التوالى أمراض الحصبة (التى أسلفنا أن مليونين من وفيات الأطفال لا تزال تعزى إليها) ثم التيتانوس، والسعال الديكى، ثم الدفتريا، وشلل الأطفال، والسل.. وقد يعجب بعض الذين يسكنون فى العواصم من هذه الحقائق، ولكنها للأسف لا تزال تمثل الحقيقة فى المجتمعات البعيدة عن الخدمات الصحية.

ولهذا فإنى أعتقد أن الدور الاجتماعى لطلاب الطب وطالبات التمريض وأقرانهم من زملاء الجامعة لن يقف فى المستقبل القريب على حدود بعض الحملات القريبة، وإنما ينبغى أن تذهب الحملات والقوافل الطبية إلى مثل هذه المجتمعات التى لا يصل إليها التطعيم بالطريق الحكومى.. وينبغى أن نضع فى أذهاننا أهمية وضرورة أن تصل هذه المجتمعات إلى النجاح فى التطعيم بإكمال مراحل التطعيم على ما ينبغى أن يتم عليه، لا أن تكتفى بجرعة واحدة فحسب تاركين الأم دون أن تعلم أن عليها أن تواصل التطعيم بعد فترة كذا.. وأن تعلم كيف يتم ذلك.

ولحسن الحظ فإن برنامج المناعة ضد هذه الأمراض الستة التى ذكرناها لا يكلف إلا خمسة دولارات ، وهذه نعمة من عند الله.. بل هى إحدى نعمه الكثيرة المتوالية التى نستغلها من دون أن نحس فضل النعمة أو نشكر عليها، ونحن نود أن نعمم توظيف واستغلال مثل هذه النعمة على -

مستوى الإنسانية كلها كما تستخدم الإنسانية نعمة النظر تماما ! ولو بذلنا بعض الجهد المكثف فلن يكون هذا اليوم ببعيد.

* * *

بقى أن أشير إلى حقيقة مهمة وهى أن من الأرقام التى تقف فى أول القائمة السوداء التى توصم بها البشرية فى أخريات القرن العشرين أن ٢٠٪ (أو أقل من التعداد العام لبعض سكان العالم الثالث) هم الذين حصنوا ضد هذه الأمراض.. أما عن الباقين فمنهم مَنْ لا يعرف حتى الآن شيئا عن هذا الذى نتكلم عنه.. ومنهم من فشل (أو فشل النظام الصحى) فى إتمام مقرر علاجه.

* * *

وبعد... فليس النجاح فى التصدى لهذه العوامل الأربعة من الصعوبة بمكان، وليست خطوات هذا النجاح من الإجراءات المكلفة جدا، ولا هى تحتاج إلى أنظمة معقدة أو إلى أموال كثيرة لتطبيقها على أوسع نطاق فالمناعة لا تتكلف اكثر من خمسة دولارات.. والرضاعة الطبيعية هى ببساطة استخدام نعمة رزق الله بها السيدات من أجل أولادهن - بأوتوماتية ربانية - بدلا من لبن آخر قد لا يستطعنه وبالتأكيد فهن لا يأمنه ولا يحببنه.. وجداول النمو قد لا تكلف نصف دولار.. وجرعة الإرواء قد أصبحت موجودة بسهولة ويسر.

من نعم الله أنه على قدر ما تعظم المصائب، فإن حلولها من أيسر ما يمكن أن يتصور الإنسان!!

لك الحمد يارب السموات والأرض.

جدول رقم ١٨ : مقارن بين النسبة المئوية لإنتشار الأنيميا بين الأمهات والأطفال في السن قبل المدرسي في الجمهورية ما بين عامي ١٩٧٨ و ١٩٩٥

الفئة	١٩٧٨	١٩٩٥
أطفال (٦ - ٧١ شهرا)	٣٨,٤	٢٥,٢
أمهات :		
حامل	٢٢,١	٢٦,٠
مرضع	٢٥,٣	١٩,٠
غير حامل غير مرضع	١٧,٠	١١,٠

المصدر : البحث التغذوى القومى - معهد التغذية (على وآخرون ١٩٧٨).

جدول رقم ١٩ : نقص الطاقة والبروتين فى الأطفال فى السن قبل المدرسى (٦ - ٧١ شهرا) (١٩٩٥)

المنطقة	نقص الوزن (٪)	قصر القامة (٪)
العاصمة (القاهرة)	٩,٧	٢٢,١
الساحل (الإسكندرية)	١٠,٦	٢٣,٤
القنال (السويس)	٢٣,٠	٢٣,٦
وجه بحرى (الغربية)	١٥,٠	١٦,٥
وجه قبلى (قنا)	٢٥,٤	٢٢,٤
الجمهورية	١٦,٨	٢١,٦

المصدر: البحث التغذوى القومى ـ معهد التغذية (موسى وآخرون ١٩٩٥).

جدول رقم ٢٠ : النسبة المئوية لتوزيع الأسر حسب مستوى استهلاك الطاقة والبروتين فى الجمهورية

النسبة المئوية	الطاقة (سعر / الفرد/ اليوم)					
	أقل من ١٥٠٠	من ١٥٠٠ إلى ٢٠٠٠	من ٢٠٠٠ إلى ٢٥٠٠	من ٢٥٠٠ إلى ٣٠٠٠	٣٠٠٠ إلى ٣٥٠٠	أكثر من ٣٥٠٠
الحضر (٪)	١٤,٨	١٨,٣	٢٠,٤	١٧,٣	١١,٧	١٧,٦
الريف (٪)	١٩,٧	١٨,٨	١٨,٠	١٦,٧	١٠	١٦,٤
الجمهورية (٪)	١٦,٨	١٨,٥	١٩,٤	١٧,٠	١١,٢	١٧,١

	البروتين (جم / الفرد/ اليوم)						
	أقل من ١٠	١٠ -	١٥ -	٢٠ -	٢٥ -	٣٠ -	٣٥ -
الحضر	٣١,١	٩,٧	٦,٣	٤,٧	٥,١	٥,٦	٣٧,٦
الريف	٤٢,١	١٢,٧	٨,١	٦,٠	٣,٨	٤,٤	٢٠,١
الجمهورية	٣٦,٦	١٠,٩	٧,٠	٥,٣	٤,٦	٥,١	٣٠,٦

المصدر: بحث نمط الاستهلاك الغذائى للمواطن المصرى - معهد التغذية (على وآخرون ١٩٨١).

جدول رقم ٢١ : معدل انتشار البدانة * بين تلاميذ المدارس محسوبًا من دراسات مختلفة
١٩٦٧-١٩٨٧

البحث	ذكور (٪)	إناث (٪)
عبده ومحفوظ (١٩٦٧ ـ ١٩٦٨)	١٣	٢٠
على وآخرون	١٠,٧	٢٠,٦
سرحان(١٩٨٢)	١٤,٤	٢٣,٦ ـ
حبيب(١٩٨٧)	١٣,٨	٢٣,٢

* تصل إلى ما يقارب النسبة الثمن فى الذكور ـ والخمس فى الإناث.

المصدر : بحوث معهد التغذية فى السنوات المذكورة

جدول رقم ٢٢ : معدل انتشار تضخم الغدة الدرقية (نقص اليود)
تبعًا للسن والجنس فى دراسات مختلفة على مدى القرية ١٩٥٩-١٩٩٥

البحث	(٪)
ألوادى الجديد (عبده ١٩٥٩)	
٦٠ ذكور	٧,٠
إناث	١٤,٠
٦ - ١٦	
ذكور	٦٤,٠
إناث	٩٠,٠
أكبر من ١٦	
ذكور	٤٧,٠
إناث	٨٤.
أأطفال مدارس القاهرة (عبده وآخرون ١٩٦٢)	
ذكور	١,٧
إناث	١٧,٨
ببحث المتابعة (على وآخرون) لمدارس القاهرة	
ذكور	٧,٢
إناث	١٣,٣
آسوان (عبده وآخرون ١٩٧١)	
الطلبة:	
ذكور	٢,٩
إناث	١٣,٣
العائلات:	
ذكور	٧,٣
إناث	١١,٩
العمال	١٣,٢
الحوامل	٧٣,٩
المرضع	٩٢,٤
بحث قومى لمدارس الجمهورية (٩٩٢) (حسين وآخرون)	
الابتدائى	٥,٢
الإعدادى	٦,٤
الثانوى	٧,٨
البحث القومى فى الجمهورية (١٩٩٥)	
أطفال (٦ - ٧١ شهر)	٦,٥

الباب الخامس

الطب والموارد الاقتصادية

الفصل الثالث عشر

التأمين الصحى ... المأزق والمخرج؟

يمكننا القول فى بساطة شديدة إن مأزق التأمين الصحى فى مصر يكمن فى أننا حولناه من فكرة إلى بيروقراطية.

تماما كما عبر كاتب كبير هو الدكتور حسين مؤنس فى مسرحية جميلة هى «إدارة عموم الزير» عما حدث لزير يشرب منه الناس الماء حين أصابته البيروقراطية فإذا الإدارات تكثر من حوله حتى أصبحت له إدارة عامة بينما غاب الزير نفسه.

فبينما كان هدفنا التأمين على كل المصريين عندما بدأنا نظام التأمين الصحى عام١٩٦٤، وهى عملية كانت سهلة التحقيق لو سلكنا إليها السبيل الصحيح، إذا بنا نغرق التأمين الصحى ومؤسسته وهيئته وإدارته فى إنشاء مستشفيات، وإدارات، وفروع، وتجهيزات طبية، ومبانى للفروع، وتجهيزات إدارية، ومجلس إدارة.. إلخ... بينما لم تتنام مظلة التأمين الصحى نفسها، وتحولنا بالتدريج إلى أن وصلنا إلى وضع يستحق أن ينظر إلينا المراقبون من خارج بلادنا نظرات الاشفاق حين يعلمون أننا وبعد ٢٣ عاما من بدء فكرة ومشروع التأمين الصحى لم يصل عدد المنتفعين إلا إلى ٧٪ من مجموع المواطنين.

وطبعا تم هذا (الإحباط) على مراحل فقد تغير الهدف فى مرحلة مبكرة ليظلل التأمين ١٠ مليون مواطن فى عشر سنوات، وأخيرا عدل الهدف ليتسنى تغطية ١٠ مليون مواطن حتى عام ٢٠٠٠.

ومما لا شك فيه أنه لو كان أمر التأمين الصحى قد أوكل إلى أيد تأمينية غير طبية، أى إلى أيد إدارية أو قانونية متفتحة فلربما كان هناك نظام آخر شبيه بذلك الذى تم على هذا النحو السلس من النجاح الذى حققته التأمينات الاجتماعية، فى الامتداد بمظلة التأمينات رويدا رويدا واللجوء إلى إتاحة الفرصة لإيجاد أوعية تأمينية كثيرة منها على سبيل المثال معاش السادات.

وربما لا يزال الأمل قائما فى أن تصبح هيئة التأمين الصحى مجرد هيئة قابضة تتولى عملية التأمين فى إطارها العام لا فى تفصيلاتها الدقيقة الكثيرة.. أى أن تتفرغ هذه الهيئة لعمليات من قبيل التعاقد مع المستشفيات القائمة بالفعل (سواءفى ذلك الحكومية وغير الحكومية) لعلاج المؤمن عليهم ومراقبة هذه المستشفيات وإقراضها المبالغ الكبيرة التى يمكن لهذه المستشفيات أن تخطو بها خطوات جادة فى تطوير مستوى خدماتها على أن تستقطع هذه المبالغ من حصيلة حساب علاج المؤمن عليهم.. كأنى أريد أن أقول بعبارة أهل الاقتصاد : إن المطلوب هو أن تتحول هيئة التأمين الصحى من هيئة علاج إلى هيئة تمويل وتعاقدات فحسب.

وربما يكون السؤال المتبادر الآن إلى ذهننا، وماذا نفعل بالمؤسسات الصحية التابعة للتأمين الآن ؟ الجواب بسيط.. فهذه المؤسسات تتحول لتكون بمثابة بعض المؤسسات التى سوف تتعامل معها الهيئة (القابضة) للتأمين الصحى.

وعندما تعالج الهيئة المؤمن عليهم داخل مستشفياتها فهذا تعاقد من (الداخل) الذى يصبح بمثابة القطاع العلاجى داخل هيئة التأمين الصحى، ولا مانع من أن يكون هذا القطاع بمثابة مؤسسة كاملة داخل المؤسسة أو الهيئة القابضة على حين يصبح تعاقدها مع بقية المؤسسات الصحية بمثابة تعاقد مع (الخارج).

ومن حسن الحظ أن هذه الفكرة ليست غريبة ولا صعبة، ولها تطبيقات قائمة فى مصر على صعيد الشركات التى أنشأت صناديق تأمين صحية خاصة.. ولكنها مع ذلك تتطلب اقتناعا وإقناعا مكثفا من أجل إخراجها إلى حيز التنفيذ..وقبل هذا إخراج الفكرة نفسها من خلال المناقشة إلى حيز النور حيث يمكن عندئذ القول بأننا وضعنا الإطار العام لحل مشكلة العلاج عند المواطن العادى.

* * *

التأمين على الفلاحين :

من الإنصاف أن نشير إلى أن هذا الجانب التنظيمى ليس هو أهم ما فى قضية التأمين الصحى فنحن فى كل ما حققنا حتى الآن من سياسات تأمينية لم نتعد الإطار السهل أو الأسهل وهو التأمين على «الموظفين» بينما لم نقترب حتى الآن من نقاط التحدى الحقيقية بالتأمين على الفئات التى هى أحوج ما تكون إلى التأمين كالفلاحين مثلا.. أو أصحاب «الأجر المتغير».

ومن المدهش أننا كأطباء نقف عاجزين أمام وضع تصور لضم هؤلاء إلى عملية التأمين الصحى، بينما لو تجردنا من نظرتنا وانتبهنا إلى الأفكار العامة التى نتصور بها حياتنا العامة لوجدنا أن قطاعات كثيرة من الشعب

قد قبلت ورحبت واستفادت من التأمينات الاجتماعية وأصبح لها معاش تأمين اجتماعى.. إلخ... وهكذا نمت علاقتها بهذه التأمينات المشروعة والمطلوبة التى تقوم بها وزارة من أنشط وزاراتنا وهى وزارة التأمينات الاجتماعية.

هل نستطيع أن نتنازل عن شىء من الغطرسة البيروقراطية واحتكار الحديث باسم الصحة، ونترك أمر صياغة التأمين الصحى على هذه الفئات لوزارة التأمينات الاجتماعية.. ولها أو عليها أن تتعاون بعد ذلك مع هيئة قابضة للتأمين الصحى، تمولها وتستقبل خدماتها ؟ هذا حل يسير، ولكنه يحتاج إلى أن يكون فى هذا الوطن كثيرون من الذين يستطيعون التنازل عن نسبة الفضل إلى أنفسهم، وحينئذ بل حينئذ فقط يتحقق للوطن ازدهار كبير.

أو هل نستطيع أن نقنع أنفسنا بجدوى الاستفادة من تجربة وزارة التأمينات الاجتماعية فى معالجة مثل هذا الموضوع، والدعاية له وترغيب الجمهور، والإفادة من قوائم المؤمنين على أنفسهم من الفئات المختلفة من غير الموظفين الحكوميين التقليديين.

أو هل نستطيع أن نتعاون مع وزارة التأمينات ومع غيرها من المحليات على مد مظلة التأمين الاجتماعى والصحى مدا مشتركا ومزدوجا فى الوقت ذاته إلى الفئات التى لم تشملها إحدى المظلتين حتى الآن بحيث يفيد هؤلاء جميعا من صورة جديدة من صور التأمين الشامل أو المزدوج على أقل تقدير .

وقبل كل هذا فإن من الواجب أن نتساءل عما إذا كانت لدينا فكرة عن التجارب التى سبقتنا إليها دول أخرى فى هذا المجال.

* * *

التأمين الصحى على المستوى الشخصى : المدفوع والمردود :

ربما أصبح من الأهمية بمكان أن نفكر فى وضع درجات متفاوتة لمدى الإفادة من نظم التأمين الصحى بحيث لايظن المؤمنون أن الذى يدفع المبلغ الكبير لن يلقى من الرعاية إلا ما يلقاه دافع المبلغ الصغير.. وبحيث يمكن أن يكون فى صور التأمين ودرجاته ذلك الاختلاف الذى جعله الله من طبيعة الحياة فى كل صورها.

وربما يدفعنا هذا إلى وضع نظم تأمينية متعددة ومختلفة يختار منها المؤمن عليه إحدى صورها حسب طبيعة طموحاته، ونظرته إلى مكانته الاجتماعية وربما أن هذا يمثل الحل الوحيد الذى يمنع نشأة وازدهار الأمراض الاجتماعية التى ربما قدر لها أن تسود عملية أداء الخدمة فى قطاع التأمين الصحى حين ينال كل مريض مستوى الخدمة تبعا (لنفوذه) لا لقيمة ما دفع فى نظام قائم على تمويل أصحاب الخدمة للخدمة نفسها.

* * *

فإذا لم نتنبه منذ الآن إلى هذه الحقائق فى ظل انشغال التأمين بعملية البناء والإدارة وهى عملية لا تنتهى فأرجو أن يكون لهذه الأفكار محل حينما يتحول نظام التأمين الصحى إلى هيئة اقتصادية قابضة وممولة ومتابعة وباحثة عن التجديد فى الأفكار والنظم بما يتواءم مع راحة الناس ومتطلباتهم الحقيقية، ومع أمل هيئة التأمين الصحى نفسها فى تحقيق وإحراز مزيد من النجاح.

جدول رقم ٢٣ : تطور أعداد المنتفعين بالتأمين الصحى (١٩٦٥ - ١٩٨٢)

السنة	عدد المنتفعين بالألف	السنة	عدد المنتفعين بالألف
١٩٦٥	١٤٠	١٩٧٤	٤٣٦
١٩٦٦	١٤٥	١٩٧٥	٦٠٢
١٩٦٧	١٧١	١٩٧٦	٩٢٢
١٩٦٨	٢٥٧	١٩٧٧	١,٠٨١
١٩٦٩	٢٩٦	١٩٧٨	١,٢٥٥
١٩٧٠	٣١٨	١٩٧٩	١,٤٢٧
١٩٧١	٣٦٨	١٩٨٠	١,٦٥١
١٩٧٢	٣٧٩	١٩٨١	٢,١٦٧
١٩٧٣	٤١٥	١٩٨٢	٢,٥٦٣*

* هذا بالإضافة إلى حوالى ٣,٥ ملايين منتفع يطبق عليهم نظام التأمين لإصابات العمل.

موجز لتطور التأمين الصحى فى مصر :

استطاعت الهيئة العامة للتأمين الصحى خلال السنوات العشر الأولى من نشأتها (١٩٦٤ - ١٩٧٤) أن تمد مظلة التأمين الصحى إلى حوالى نصف مليون منتفع معظمهم من العمال الخاضعين للقانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤ إلا أن موظفى الحكومة ظلوا محرومين تقريبا حتى عام ١٩٧٥ حتى قدمت الهيئة مشروعها للعلاج التأمينى لهم ، والذى صدر به القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ .

وبدأ تنفيذ المشروع فى أول أغسطس ١٩٧٥ على حوالى ٢٣٠,٠٠٠ منتفع كمرحلة أولى فى أربع محافظات ثم امتد التطبيق تدريجيا ليشمل معظم موظفى الحكومة فى محافظات الجمهورية .

جدول رقم ٢٤ : النسبة المئوية التى تستقطع من المرتبات سنويا

	حصة صاحب العمل			حصة	
	العلاج	تعويض الأجر	المجموع	العامل	المجموع
القطاع الحكومى	٣٪	-	٣٪	١٪	١٪
القطاع العام	٣٪	-	٣٪	١٪	١٪
القطاع الخاص	٣٪	١٪	٤٪	١٪	٥٪
أصحاب المعاشات	-	-	-	٢٪	٢٪
الأرامل	-	-	-	٢٪	٢٪

جدول رقم ٢٥ : مقارنة بين معدلات أداء الخدمة

لمنتفعى القانونين المطبقين فى التأمين الصحى

البيـــــان	ق ٧٩ لسنة ٧٥	ق ٣٢ لسنة ٧٥
متوسط المنتفعين لكل ممارس	١٥٠٠	٢٥٠٠
متوسط التردد السنوى للمنتفع على الممارس	٥ مرات	مرتان
نسبة التبليغ اليومى للممارس	١,٥٪	٠,٥٪
نسبة التحويل للإخصائى	١٧٪	٢٦٪
متوسط التردد السنوى للمنتفع على الإخصائى	١,٥ مرة	١ مرة
متوسط الإقامة للحالة فى المستشفى	١٠ أيام	٩ أيام
متوسط قيمة التذكرة المنصرفة من الممارس	١,١٥٦ جنيه	١,٨٣٨ جنيه
متوسط قيمة التذكرة المنصرفة من الإخصائى	٢,٢٧٨٦ جنيه	٤,٠١٧ جنيه

ملحوظة :

يبلغ عدد المنتفعين بالقانون ٧٩ لسنة ٧٥ حوالى ٢,١ مليون منتفع وبالقانون ٣٢ لسنة ٧٥ حوالى ١,١ مليون منتفع موزعين على جميع محافظات الجمهورية.

جدول رقم ٢٦ : معدلات أداء الخدمة لمنتفعى القانونين (بالجنية المصرى)

عنصر المقارنة	ق ٧٩ لسنة ١٩٧٥	ق ٣٢ لسنة ١٩٧٥
الممارس العام	١,١٥٧	٠,٦٣٤
الإخصائى	١,٨٦٤	١,٤٦٧
دواء الممارس العام	٢,٢٧٦	٠,٧٧٣
تكلفة العلاج داخل المستشفى	٤,٠٦٤	٢,٠٤٦
عناصر تكلفة أخرى	١,٨٠٢	١,٥٥٨
إجمالى متوسط التكلفة	١٦,٢٧١	٧,٩٩١

جدول رقم ٢٧ : متوسط تكلفة المنتفع الواحد من أرباب المعاشات بفرع شمال وغرب الدلتا (عام ١٩٨٢/٨١)

البيـــــان	متوسط التكلفة بالجنيه
أولا: (أ) تكلفة العلاج خارج المستشفى:	
تكلفة خدمة الممارس العام	١,٤٧٢
تكلفة خدمة الإخصائى	١,٧٣٥
(ب) تكلفة الدواء خارج المستشفى:	
تكلفة الممارس العام	٤,٥٨
تكلفة إخصائى	٢٥,٦٩٠
تكلفة إخصائى العلاج خارج المستشفى	٣٣,٤٨٦
ثانيا: (أ) تكلفة العلاج خارج المستشفى:	
المستشفيات المملوكة	٧,٦٠٩
المستشفيات النوعية	٠,٨٥١
إجمالى تكلفة العلاج داخل المستشفات	٨,٤٦٠
ثالثا: تكلفة العلاج خارج الجمهورية	٠,٣١٦
رابعا: تكلفة الأجهزة التعويضية	٠,٢٦٠
خامسا: تكلفة المصروفات الإدارية	١,٢٢٦
متوسط تكلفة المنتفع فى السنة	٤٣,٧٤٨

الفصل الرابع عشر

الطب والانفتاح الاقتصادى: نمط المستشفيات الاستثمارية

تختلف - إلى حد كبير - انطباعات جمهور الأطباء عن المستشفيات الاستثمارية الجديدة ، فبينما يرى كثير منهم أن هذه المستشفيات هى التى أنقذت الطب فى مصر من الوقوع فى براثن التخلف والعجز عن ملاحقة ومواكبة التقدم فإن كثيرين منهم يرونها مسئولة عن جزء كبير من الدمار (!!) الذى حاق بالخدمة الطبية فى مصر أو الذى ازداد أثره عليها.

وبعيدا عن الانتماءات والمذاهب السياسية فإنه يمكن التحرر من كثير من الانطباعات الموجهة للإفادة من تجربة خضناها بالفعل، وتركت بعض الآثار هنا وهناك على الاقتصاد القومى والمجتمع.

فعلى حين كان بعض الناس يظنون أن المستشفيات الاستثمارية الجديدة سوف تحل كل المشكلات التى كان النظام الطبى المصرى يواجهها، إذا بهم يجدون معظم هذه المستشفيات فى مجملها عاجزة عن تحقيق النجاح بل عاجزة عن تحقيق الحد الأدنى من النجاح فى كثير من الأحوال، وقد أعلن الاقتصاديون أن نسبة الربحية فى هذه المستشفيات (تراوحت ما بين ٢,٧٪ و٦,٦٪) وهذا فى المستشفيات الرابحة وهى ليست كل هذه المستشفيات، ذلك أن هناك مستشفيات لم تستطع تحقيق ربح على الإطلاق وبلغت

خسائر واحد من هذه المستشفيات ٣٨٪ من رأس المال المدفوع،ونشأت من جراء خسائر هذه المستشفيات عدة مشكلات وظواهر اجتماعية واقتصادية مهمة.

فقد تبين على سبيل المثال حقيقة ارتفاع تكاليف المعدات الهندسية والطبية وسوء استخدامها.

ووضح للجميع بما لا يقبل محلا للشك وجود أنماط من العلاج غير مناسبة على الإطلاق لظروف المجتمع المصرى الذى لم تتم فيه بعد روح الاقتناع بأهمية التأمين على الأصول وعلى أدوات الإنتاج.

كما حدث الانتباه إلى خطورة تعاملنا مع ثروات الرأسمالية وعدم الالتزام الإسلامى أو الاشتراكى (على حد سواء) .

وعلى الصعيد المهنى فقد اتضحت بما لا يقبل الجدل المبالغة فى التعويل على الاعتماد على نظام علاج داخلى. (وهو التعبير الذى يطلق على العلاج داخل، أو على، أسرة المستشفيات) دون الحاجة إليه إلا لتشغيل المستشفيات وهى القضية التى عبرنا عنها فى فصل خاص من هذا الكتاب عنوانه «مستقبل الطب الإسلامى» من خلال الفكرة القائلة بأن الطب مهنة لا يجوز أن تتحكم فيها اقتصاديات العرض والطلب.. كما تناولنا الجانب الآخر من هذه القضية فى الفصل الذى عنوانه «تقويم كفاية الخدمات الطبية» على ضوء حقيقة أن بعض المنشآت التى قامت من أجل تقليل مرات إشغال المرضى للأسرة قد أصبحت تزيد من هذه الدورة لترفع من نسبة الأشغال التى تعتمد عليها دخولها.

ولم تنج المستشفيات الاستثمارية من المبالغة فى استخدام العمالة الأجنبية على مستويات متعددة، وهى الظاهرة التى صادفت فى السنوات

الأخيرة قبولا مصريا في مستويات متعددة حتى على مستوى الخدمة المنزلية، ويبدو أن الإحساس بخطورة هذه الظاهرة لن يتحقق إلا إذا صادفت مزيداً من التضخم ، وعندئذ فقط يمكن أن نحس بضرورة التفكير في إعادة النظر في تخطيطنا للقوى البشرية.

وفيما يتعلق باقتصاديات هذه المؤسسات الاستثمارية فقد وضح بما لا يقبل الشك مدى الاعتماد الزائد على القروض في إنشاء معظم هذه المستشفيات، وربما كانت دراسات الجدوى غير الدقيقة هي المسئول الأول عن مثل هذا الاندفاع إلى الاقتراض الذي أصبح يمثل اليوم السيف المصلت على اقتصاديات هذه المستشفيات، بل على وجودها الذي أصبح مرهونا بالقدرة على الوفاء بهذه الديون الضخمة. ومع هذا فإن الانصاف يقتضي أن نقول إن تحويل هذه «الأموال» أو «القروض» إلى أصول ثابتة كان في حد ذاته إنجازا، وإن التجهيزات التي أنجزت في الزمن الذي كان سعر الدولار لا يزال أقل من ثلث سعره اليوم هي الأخرى تمثل إنجازاً ، كذلك فإن فرص العمل التي وفرتها هذه المستشفيات والتي بلغت حوالي ٢٢٠٠ فرصة عمل (مجموع أجورها أكثر من خمسة ملايين) هي إنجاز ثالث.

هذه المعلومات السابقة أوردتها دراسة مهمة لهيئة الاستثمار درست فيها نتائج ستة عشر مشروعا استثماريا للعلاج وهي دراسة مهمة وكفيلة بأن تعطينا أبعادا كثيرة لفهم المكانة المحتملة لهذه الكيانات الصحية المستجدة ودورها الحقيقي والمأمول في نهضة مجتمعنا الذي ربما كان ومازال حريصا على وجود مثل هذه المستشفيات.

ويمكن تلخيص الأسباب المشجعة لعملية الإنشاء هذه إذا ما استوعبنا مدى حاجة المريض القادر إلى حمايته من الاستغلال الغير الإنساني في

العيادات الفردية أو مستشفيات ومعاهد العلاج بالخارج التى لن توفر له من الخدمة قدرا يتوازى مع ما قد يقدمه من قيمة مادية.. على حين يمكن لمستشفياتنا الجديدة بالطبع أن تقدم الظروف الأنسب للخدمة الطبية بما يساعد «الدولة» على تحقيق استراتيجيتها الصحية الهادفة إلى الاكتفاء الذاتى والتشغيل الداخلى فى الوقت ذاته، وهو هدف جليل ربما تعجز إمكانات الدولة وآلياتها عن الوفاء بما يتطلبه من الأجهزة المتقدمة والجرعات المناسبة من العلاج والفحوص. وربما كان الانطباع السيئ الذى ظل الجمهور يتناقله عن مستشفيات الدولة فى العقدين الأخيرين بمثابة العامل صاحب الدور الأكبر فى دفع الناس إلى هذه المستشفيات.

على أن الصورة «الفنية» لهذه المستشفيات هى تلك التى يرسمها الدكتور عبدالمنعم حسب الله وكيل كلية طب القاهرة السابق ومدير المركز الطبى للمقاولين العرب منذ إنشائه حيث شبه هذه المستشفيات والخدمة فيها باللوحة الجميلة.. تقتنيها بثمن هو أضعاف ما فيها من مواد خام ولكنك تشترى الفن إن جاز هذا التعبير، وربما كانت هذه هى الصورة التى يتمناها الناس للمستشفيات الاستثمارية، وربما كانت هذه الصورة - من باب الإنصاف - موشكة على التحقق والوجود فى كثير من المواقع حتى الآن.

وفيما يتعلق بأبرز العناصر فى إيجابيات المستشفيات الاستثمارية، وهو عنصر الأسرة المضافة فإن الدكتور أمين الجمل الوكيل الأول لوزارة الصحة (سابقا) يقدرها بألفى سرير فى حديثه مع الأستاذ وجدى رياض : «الأهرام الاقتصادى أغسطس ١٩٨٥»، وهو يلفت النظر إلى أن هذه الأسرة قد أضيفت دون دعم، ودون أن تتحمل الدولة أى تكاليف، وهى كذلك لا تستفيد من أى دعم سلعى أو خدمات وسيطة، وتعامل بلا مجاملة فى الماء

والكهرباء والغاز وكل شيء.. وإن كانت تعفى من الضرائب والجمارك لمدة خمس سنوات (أوسبع) من بدء التشغيل.

* * *

هكذا تتضح لنا صورة - معبرة إلى حد كبير - عن خصائص وسمات هذا القطاع المهم من الخدمة الطبية، وهو قطاع حيوى وخصب لابد لنا أن نعمل دائما على حثه على التطور ، ومساعدته على هذا التطور لأن الارتقاء به يرتقى بالطبع بكل خدماتنا الصحية بل بكل مؤسساتنا الطبية على نحو ما تفعل «القدوة» بأثرها فى حياة المجتمعات، وهى حقيقة مهمة ربما كان لها أثر واضح فى كثير من التطوير الذى أصابته بعض مستشفياتنا العامة بالموازاة مع إنشاء هذه المؤسسات الطبية الجديدة.

بعض الحقائق عن
العلاج الخاص فى مصر

□ فى تحقيق الأهرام الاقتصادى (أغسطس ١٩٨٥) تبين أن حجم الإنفاق على العلاج الخاص يبلغ حوالى ٣٠٤ مليون جنيه من مجموع الإنفاق الكلى على العلاج فى مصر والذى يبلغ حوالى ٤٧٨ مليون جنيه.. أى أن نسبة الاتفاق على العلاج الخاص إلى الإنفاق الكلى تبلغ ٦٠٪.

□ يظهر التفاوت فى التكلفة الاستثمارية للسرير فى المستشفيات الاستثمارية حيث يتراوح مابين ٤٩٠٠ جنيه إلى ١٣٠ ألف جنيه كما يتضح من الجدول.

□ يبلغ عدد المستشفيات والمستوصفات فى مصر (وقت دراسة الأهرام الاقتصادى، وحسب البيانات المنشورة) ٧١٥، منها ٢٦٥ مستشفى خاص و ٤٥٠ مستوصفا (طبعا هذا هو الذى يحمل ترخيصا) (فى القاهرة وحدها ٧٢ مستشفى خاصاً و ٢١٥ مستوصفا، تليها الجيزة (٣٥ مستشفى + ٥٣ مستوصفا) ثم الإسكندرية ٢٧ مستشفى خاصاً و ٥١ مستوصفا.. وفى الدقهلية عدد كبير من المستشفيات الخاصة (٦٤ مستشفى) بينما تتمتع الغربية بعدد ضخم من المستوصفات ٢٦ مستوصفا).

☐ فى مصر ١٢٤٥٥ عيادة خاصة.. جنوب سيناء، لا توجد بها عيادة واحدة خاصة، وفى القاهرة ٥٣٠٠عيادة خاصة تليها الإسكندرية ٢٠٠٠ عيادة خاصة ثم الجيزة ألف عيادة خاصة، الدقهلية هى أكثر محافظات الوجه القبلى والبحرى فى عدد العيادات الخاصة، وبها ٤٦٩ عيادة خاصة تليها الشرقية والبحيرة وفى كل منهما ٤٠٠ عيادة خاصة.

☐ إجمالى الأسرة فى مصر حوالى ٨٩ ألف سرير، أى سرير واحد لكل ٥٠٠ من السكان. تمثل أسرة وزارة الصحة ٦٤,٨٪ من مجموع الأسرة تليها الجامعات ١٣,٤٪ ثم القطاع الخاص ٧,٢٪.

☐ أسعار الإقامة فى جناح بالمؤسسة العلاجية ما بين ٣٠ إلى ٦٠ جنيها وفى مصر الدولى ١٠٠ جنيه. وفى المركز الطبى التابع لشركة «المقاولون العرب» ما بين ١٠٥ إلى ١٧٥ جنيها، فى مستشفى السلام بالمهندسين ٧٥ جنيها، أما الحجرة الخاصة الممتازة فهى تكلف المريض ١٦ جنيها فى المؤسسة العلاجية، مابين ٥٥ إلى ٦٥ جنيها فى مصر الدولى. و٥٣٠ جنيها فى المقاولون العرب، ما بين ٣٠ إلى ٤٠ فى مستشفى السلام بالمهندسين، أما الغرفة المشتركة تتكلف ٨ جنيها المؤسسة العلاجية، ٣٠ جنيها فى مصر الدولى، ٣٥٠ جنيها فى المقاولون، ١٨٠ جنيها فى مستشفى السلام بالمهندسين.

جدول رقم ٢٨ : رأس المال والتكلفة الاستثمارية وعدد الأسرة ومتوسط تكلفة السرير في عدد المستشفيات الاستثمارية

المستشفيات	رأس المال (ألف جنيه)	التكلفة الاستثمارية (ألف جنيه)	التجهيزات (ألف جنيه)	عدد الأسرة	متوسط تكلفة السرير (ألف جنيه)
مستشفى مصر الدولى	٣,٠٠	٥,٥٠٠	١,٦٥٠	٧٧٥ غرفة	١٣٠
مستشفى القاهرة التخصصى	١,٥٠٠	٤,٥٠٠	١٠٠	١٠٠	٤٥
مستشفى السلام الدولى	٢٠,٣٠٠	٢٤,٥٠٠	٨,٠٠٠	٣٣٦	٧٣
مستشفى السلام بالعجوزة	١,٠٢٥	٢,٠٠٠	٢١٠	١٠٠	٢٠
مستشفى المقاولون العرب	٧,٠٠٠	٧,٠٠٠	١,٩٥٠	٢٥٠	١٠٠,٤
مستشفى د. شاكر	١٥٠٠	٢,٠٧٥	٧٩٦	٤٩	٤٢,٣
مستشفى د. أحمد رفعت	٢٩١	٣١٦	١٣٤	٤٩	٦,٤٨٨
مستشفى د. بدران	١٠٠٠	١٠٠٠	٣٠٠	٦٠	١٦,٦
مركز القاهرة للأشعة	٩٢٠	١٧٨٢,٥	١١٣٧,٥	؟	؟
مركز الفحص الطبقى المحورى للمخ	١٥٧	٥٧٨	٥٤٥	؟	؟
مستشفى د. ضياء سيف الدين	٣٥١	٧٠١	٢٢٠	؟	؟
مستشفى د. عزيز فام	٥٧٥,٥	٥٧٥,٥	١٢٠	؟	؟

جدول رقم ٢٩ : نوعيات الخدمات المقدمة فى العيادات الخاصة
موزعة جغرافياً كنسب مئوية

نوعية الخدمة	المحافظات الحضرية	الوجه البحرى (ريف)	الوجه البحرى (حضر)	الوجه القبلى (حضر)	الوجه القبلى (ريف)	النسبة ٪ للخدمة فى العيادات
فحص المريض	٩٨,٩	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩,٥
الرعاية الإسعافية	١٨,٧	٥٠	٣٠,٤	٤٤,١	٢٣,٥	١٧,٢
الجراحات	١٤,٧	٢٧,٨	٣١,٠	٢٨,٨	٢٨,٣	٢٤,٢
رعاية ماقبل الولادة	١٧,٢	٢٧,٨	١٧,٩	١١,٩	١٠,٠	١٥,٨
الفحص الدورى	١٤,٣	١٥,٣	١٧,٩	١١,٩	١٥,٢	١٥,٢
فحوص أخــرى	٧,٧	١٣,٩	١٦,١	١,٧	١٠,٤	١٠,٣
حقن وريدى	٣,٠٠	١٥,٣	١٤,٩	١٣,٦	١٠,٩	٦,٩
الولادة	٧,٠	٢٠,٨	٨,٩	١١,٩	٩,٦	٩,٧
الاختبارات المعملية	٥,٩	٨,٣	٦,٥	٨,٥	٧,٤	٦,٩
موجات فوق صوتية	٥,١	٦,٩	٦,٥	١,٧	٥,٧	٥,٥
رعاية الرضيع	٥,٩	٤,٢	٦,٥	٣,٤	٣,٥	٥,٠
التطعيم	٥,١	٥,٦	٦,٥	١,٧	٢,٦	٤,٥
الأشعة	٢,٢	١,٤	٦,٠	٠,٠	٤,٣	٣,٤

المصدر: المسح القومى لمقدمى الخدمة الصحية ـ ١٩٩٥.. نقلاً عن د. سمير فياض: الصحة فى مصر

بعض الحقائق عن العلاج بالخارج

اتبعت الدولة منذ منتصف السبعينات مبدأ إتاحة الفرصة للمواطنين بالخارج وفيما يلى بيان بأعداد المسافرين إلى الخارج للعلاج خلال ٨ سنوات.

جدول رقم ٣٠ : أعداد المسافرين إلى الخارج للعلاج ١٩٧٤ - ١٩٨٢

السنة	المسافرون للخارج للعلاج	المعالجون على نفقة الدولة	المجموع
١٩٧٤	٨	٢٤٠	٢٤٨
١٩٧٥	٣١	٤٢٤	٤٥٤
١٩٧٦	٢٠	٣٩٠	٤١٠
١٩٧٧	١٢	٢٦٥	٢٧٧
١٩٧٨	٨	٢٩٣	٢٧١
١٩٧٩	٧	٣١٠	٣١٧
١٩٨٠	٩	٢٧٧	٣٨٦
١٩٨١	١٢	٤١١	٤٢٣
١٩٨٢	١٣	٣٤٤	٣٥٧

ملحوظة : سنة ١٩٨١ هى بداية عمل المستشفيات الاستثمارية.

المصدر : الأهرام الاقتصادى، أغسطس ١٩٨٥.

□ وفى تقرير مجلس الشورى إحصائية عن العلاج على نفقة الدولة وهو ما يشمل العلاج بالخارج والداخل :

جدول رقم ٣١ : مقارنة بين العلاج على نفقة الدولة في الخارج والداخل

	عدد المستفيدين	إجمالى النفقات	متوسط نفقات الفرد
علاج بالداخل بأجر	٤٩٥٨	١٢,٢٢٦,٤٤٢	١٤٦٧ جنيها
علاج خارج الجمهورية	٢٨٧	١,٢٢٦,٥٠٠	٤٢٧٣ جنيها

□ وتشير عبارات تقرير مجلس الشورى إلى حقيقة مهمة :

□ تخصص الدولة للفرد فى موازنتها العامة أقل قليلا من ثمانية جنيهات بينما تنفق على عدد من المواطنين يقلون عن خمسة آلاف مايزيد على ١٢ مليون جنيه بمتوسط حوالى ٢٥٠٠ جنيه للفرد، كما تنفق على عدد أقل من ثلاثمائة فرد ما يقرب من مليون وربع مليون جنيه بالنقد الحر بمتوسط يزيد عن أربعة آلاف جنيه للمريض. وتقتضى العدالة إعادة النظر فى هذا الوضع.

ولكن أحدا لا يستطيع أن يكتفى فى النظر إلى هذا الموضوع بمثل هذه الرؤية السريعة.

---

* آثرت أن أضع أمام القارئ بعض الحقائق عن العلاج بالخارج فى نفس الإطار الذى يضم الحقائق الخاصة بالعلاج فى المستشفيات الاستثمارية، وليس من شك أن ظاهرة العلاج فى الخارج تحتاج إلى دراسة متأنية من النواحى الفنية والاجتماعية والاقتصادية ربما أكون قادرا فى المستقبل على القيام بها.

الباب السادس

الطب والموارد البشرية

الفصل الخامس عشر

تنمية القوى البشرية فى المنشآت الصحية

على الرغم مما توافر لبلادنا فى الفترة الأخيرة من منشآت صحية، فإن جوهر الخدمة الطبية لم يتحسن بالقدر الذى كان متوقعا مع الطفرة الشديدة التى أصابت المبانى والتجهيزات التى ضمتها هذه المبانى، بل على العكس من ذلك فإن الأداء الطبى العام قد أصابه قدر كبير من التدهور.

ولا يمكن تفسير ذلك على أى وجه من الوجوه إلا أن يكون هذا الوجه مرتبطا بالتدهور الذى أصاب العنصر البشرى القائم على الخدمات الصحية، و« العنصر البشرى» تعبير عام ومحدد فى آن واحد، يراد به عناصر الخدمة الطبية بدءاً من الأطباء ومروراً بالممرضات والفنيين وموظفى الإدارة والخدمة فى جميع نواحيها حتى أقسام الحسابات وشئون العاملين والشئون الإدارية والإجتماعية والعامة .

وربما كان السؤال: هل حقيقة أصيب هذا العنصر بنكسات ملحوظة وحقيقية فى ذات الوقت الذى انتشر فيه التجديد والتطوير والتزويد بالأجهزة الحديثة والمستحدثة فى شتى فروع الطب.

سؤال تسهل إجابته بالإيجاب، وتصعب إجابته بالنفى، ولكن فيما بين ذلك تتضح بعض الحقائق التى ترتبط بفهمنا لطبيعة التدهور وأسبابه.

أولى الملاحظات التى ينبغى لنا أن نتوقف عندها (لا لننفيها ولا لنثبتها ولكن لنذكر أنفسنا بها) هى أن التدهور الذى أصاب العنصر البشرى فى خدماتنا الصحية، لم يكن إلا انعكاسا للتدهور الذى أصاب العنصر البشرى فى وطننا على وجه العموم، ولهذا السبب فإن المواطن الذى يعانى من تدهور الخدمة الطبية المقدمة له لا يرفع صوته بالشكوى والتذمر من مقدم الخدمة مباشرة، لأنه هو نفسه قد أصيب بالتدهور فى أدائه لما يكلف به من واجبات تجاه المجتمع، وهكذا فإنه يسارع بأن يلقى باللوم على أزمة المرور إذا تأخر حضور الطبيب عن موعده فى عيادته الخاصة، كما أنه يلقى باللوم على قوانين الاستيراد وإجراءات الجمارك وأسعار الصرف وقوانين النقد إذا لم يجد الدواء الذى وصفه له الطبيب، بل إن المواطن العادى يقدر أن الطبيب قد أصبح عاجزا عن متابعة النتائج المترتبة على التبديل والتغيير فى قوائم الترشيد للاستيرادات الدوائية!!.. وهكذا .

مع هذا فإن تدهور العنصرى البشرى فى بلادنا على وجه العموم لا يمكن أن يكون بمثابة مبرر مطلق لتدهور العنصر البشرى فى الخدمات الطبية، كذلك فإنه من المستحيل أن يتوقف تدهور العنصر البشرى نهائيا فى الخدمات الطبية مادام هناك تدهور عام فى الأداء البشرى على المستوى القومى..

وغاية ما ينبغى لنا أن نخطط إستراتيجيتنا على مراعاته هو أن نقلل ما أمكننا من هذا التأثير الممتد لظروف «المجتمع» على ظروف «المستشفى»، وبدلا من أن نأخذ بمنطق أن المستشفى جزء من المجتمع، فمن الأفضل اللجوء إلى منطق أن المستشفى مكان منعزل تتاح من خلال عزلته هذه وعزله رعاية خاصة، ومن هذا المنطلق يمكن البدء فى رسم سياسة تنمية القوى البشرية فى مجال الصحة.

أمـا التـحـولات المسـتـحـدثة التى ينبـغـى أن يسـتـند إليـهـا تخطيطنا لإستراتيجية أداء هذه الخدمات فإنه يمكن تلخيص أهمها فيما يلى :

(١) الحرص على تفريغ مراكز الرعاية السريعة (أى المستشفيات وتوابعها) من تخمـة التكدس البـشـرى المتسم بالبطالة المقنعـة، وهو الأمـر الذى يمثل أكبـر عـائق فى طريق تحمل التبـعـات، والإخـلاص الحقيقى لهذه التبعـات، فالتبعات الجسام عادة ما تكتفى بعددٍ محدد قادر على أدائها ومؤهل لها ومقتنع بها ، وليس أدعى إلى إفساد العـلاقة بين المسئوليـة والمسـئول من كثـرة «التنابلة» الذين يحـيطون بشعلة النشـاط، ثم نجـاة هؤلاء «التنابلة» من اللوم بينمـا هـم يقـفـون على قـدم المسـاواة عند كل ثواب أو مكافأة.. أوحتى فى الراتب الثابت.

ليس مـعنى هذا أننا نريد أن نـخـرج المستـشفـيـات والمراكز الطبـيـة من دائرة المؤسسـات التى تتحمل تكدس الأعداد وتوفيـر فرص العـمالة (أو البطـالة) الصـورية، فـذلك أمـر لا تحـتـمله ، حـتى اليـوم ، سـيـاسـتنا القـائمة على احترام الحقوق المكتسبـة مـهـمـا صغـر شأنهـا، ولكن المعنى المقصود هو الحرص بكل ما هو ممكن فى إطار النظام القائم والقواعد السـائدة من الإجهـاز بقـوة وبسـرعـة أيضـاً على كل الوظائف التكرارية التى يمكن الاسـتـغناء عنهـا فى المسـتـشفـيـات، بحيث تكون هناك مـهـام مـحـددة أمـام كل عنصـر بشـرى حـتى ولو كـانت هذه المهـام هـى مـجـرد الجلوس إلى المرضى ، والاسـتـمـاع إلى شكواهم الاجـتمـاعـيـة وتسـجـيلها فى سجلات الخدمة الاجتماعية!!

ليس من السهل خلق مثل هذه الواجبات الكفيلة باستغراق جهد الذين لا يجدون ما يفعلونه الآن، ولكن الحاجة الملحة إلى تسخير طاقة البشـر فى

العمل البناء ينبغى أن تقودنا إلى توظيف الجهد فى القضاء على فرص البقاء بلاعمل ذى عائد لما يمثله هذا الوضع من إهدار نظرة الآخرين إلى قيمة ما يبذلون من طاقة.

ومع ما قد يبدو فى هذا الطرح من سمات «خيالية» أو «نظرية» شديدة فإنه لحسن الحظ يمثل أهم نقاط التفكير فى تنمية القوى البشرية العاملة فى مجال الصحة على جميع مستوياتها، وليس هذا الزعم بحاجة إلى كثير من الإثبات، فكل الذين عملوا - بالفعل - فى هذا المجال يدركون مدى صدق هذه الفكرة.

(٢) مراعاة مدى حجم الخبرة اللازمة قبل استصدار القرار أو العمل على مواجهة الظرف الطارئ أو القائم سواء قيس هذا الحجم بالسعة العرضية (سنوات الخدمة)، أو بالعمق التخصصى (المستوى العلمى)..

ومن المهم بدرجة كبيرة أن ينطبق هذا الأسلوب على توزيع العمل بين طائفة الأطباء بصفة خاصة. فمن الشائع اليوم ألا تجد فى أقسام الاستقبال والحوادث والإصابات إلا أقل الأطباء سنا وخبرة، بينما تكون الإصابة التى لحقت بالمريض الذى يلجأ إلى مستشفى قد أصابت أكثر من جهاز، ولا يحول المريض إلى قسم من هذه الأقسام التى يستدعى لها الأطباء المتخصصون الآخرون إلا بإشارات ورقية وتليفونية.. وهى عملية روتينية تقتضى تضييع الوقت فى كتابة عبارات تقليدية والرد عليها بمثلها.. إلخ.. فى حين أن ورش ميكانيكا السيارات المحترمة تحرص على أن يتداول الأمر أكثر من أسطى قبل التشخيص المبدئى للمشكلة، ونحن فى المقابل لا نزال مقتنعين بإمكانية أن يقوم طبيب ناشئ واحد بمثل هذه المهمة، ومع أن هذا قد يكون ممكنا فى

بعض الحالات البسيطة ومع بعض الأطباء الذين أوتوا قدرا معقولا من العلم والحكمة فإنه بالطبع ليس هو القاعدة.

ومن حسن الحظ أننا لازلنا نعترف بهذا المعنى فى اللجان الطبية العليا (القومسيونات) التى نحشد لها عددا من الفطاحل، بينما نكتفى فى المستشفيات برؤية الطاقات البشرية المهدرة من أجل البشر أنفسهم كذلك.

(٣) إتاحة الفرصة لتبادل الخبرة بين المؤسسات بعضها وبعض، ومن العجيب أن نسبة لا يستهان بها من الأطباء قد لايعرفون شيئا ما عن مستشفى مجاور (أو عن مستشفى فى نفس التخصص ولكن فى مدينة أخرى) إلا إذا ذهب الواحد منهم لزيارة قريب له فى هذا المستشفى، وعندئذ فقط تسمع الانطباعات والتعليقات والانطباعات التى كان ينبغى أن تتكون وتتبلور منذ سنوات، ومن العجيب أن تنظيم المستشفيات وأقسامها هو من الأمور التى لا يمكن أن يصل إلى درجة متقدمة إلا بمشاهدة المستشفيات الأخرى على الطبيعة، وعندئذ تتبلور فى فكر الطبيب المشاهد رؤى مهمة تتعلق بالتطور الذى يستطيع إحداثه فى مستشفاه أو قسمه، أقصد ذلك التطوير الذى لا يكلف شيئا، ويوفر الكثير، وعندى أمثلة كثيرة على هذا اجتزى منها بأن أشير إلى فكرة نقل أحد أجهزة رسم القلب إلى العيادة الخارجية بدلا من تحويل المريض إلى قسم القلب الداخلى، وانتظار النتيجة بعد أسبوع.. إلخ.. وبلا مبالغة فإنى أستطيع أن أقول إن هناك حوالى مائة فكرة من هذا القبيل مبعثرة التطبيق بين مستشفياتنا المختلفة، ويكفل تعميم تنفيذها بكثير من نواحى القصور فى نظامنا العلاجى، وإذا ما

أتحنا الفرصة للعامل البشرى لملاحقة التطورات فى النظم العلاجية حتى وإن كان هذا الأمر يستدعى منح بعض الأطباء من آن لآخر تفرغاً للمشاهدة والتأمل ونقل تجارب الآخرين، وأن نخصص لهذا الهدف بعض الأيام كل عام. وأن نعتبر مثل هذا التصرف جزءا لا يقل أهمية عن الشهادات التى نعطى الأطباء من أجلها منح التفرغ بالسنوات.

(٤) تحطيم كل النظم والقواعد البيروقراطية واللوائح المالية التى تحول دون تطبيق سياسة الأجر المجزى وسياسات الإثابة.

و هنا ينبغى لنا أن نقف وقفة مهمة فأجور الأطباء مهما بلغت ليست هى أعلى الأجور المهنية (وقد يكون تفصيل هذا فى موضوع آخر) وأجور الفنيين الصحيين مهما سمعنا لها من أرقام خيالية ليست هى أعلى الأجور بين طوائف الفنيين، ومع أن الشائع أن الأطباء يعتمدون فى دخولهم على عياداتهم فإن معظم الأطباء يودون لو اقتصر عملهم على مستشفى واحد يركزون فيه جهودهم وخبرتهم وحياتهم ليل نهار بدلا من التقاط الرزق من عشرة مواضع، وهذه حقيقة مهمة ينبغى لنا أن نفهمها ونقدرها .. وإذا جاز نظريا أن نعيد ترتيب أوراق ممارسة الطب بحيث يخرج الطبيب الذى يبذل عشر ساعات يوميا فى مكان واحد بدخل مقارب للدخل الذى يحصل عليه إذا ما عمل ساعة واحدة يوميا فى خمسة أماكن متفرقة أو نصف ساعة فى عشرة أماكن متباعدة فسوف نجد الإقبال من الأطباء أنفسهم على تركيز جهدهم، فإذا كان هذا الوضع على المستوى النظرى فمن الجدير بنا أن نوجه كل طاقاتنا نحو تحويل نظامنا الطبى إلى هذه الوجهة ولو رويداً رويداً .

وإذا كان الرأى العام قد بات اليوم مقتنعا بأهمية التأميم فى بعض القطاعات الكبرى، كما أن هذا الرأى العام ذاته أصبح متشبعا من الاقتناع بمدى العبث الذى يصيب حياته وصحته نتيجة نظامنا الطبى الممزق فإنه من الممكن جدا أن يتقبل هذا الرأى العام فكرة قريبة من فكرة تأميم الطب تقوم على إتاحة التفرغ الكامل للأطباء فى الجامعات والمستشفيات التعليمية على الأقل مع إعادة توزيع هيئات الأطباء على هذه المستشفيات الكثيرة الواسعة المنبثة فى العاصمة وعواصم المحافظات، وربطها جميعا بإدارة مركزية قابضة ليست إلا على النحو الذى يلحظه السائر فى شوارع باريس من قراءته لهذه العبارة التى تحملها سيارات الإسعاف والمستشفيات كلها هناك وهى أنها تابعة لمستشفيات جامعات باريس أى كأنما كل المستشفيات الجامعية الباريسية (مع اختلاف الجامعات التابعة لها) قد أصبحت كيانا وحداً متسقاً ومتناسقاً ومتكاملا .

قد يكون من الصعب أن نفصل جوانب هذه الفكرة فى هذا المقام لأنه ليس مقامها ولكن المؤكد أنها تمثل سبيلاً أمثل لتحقيق الطريقة المثلى من أجل استنقاذ الجهد الضائع لأناس لا يمانعون فى أن يتفرغوا وحتى سن السبعين أو الثمانين فى مقابل دخل معقول قد يكون أقل من دخول كثيره يحصلون عليها اليوم ولكنه يخلو من ارتباط بالمتاعب العديدة والقلق الزائد والاضطرار إلى اللجوء إلى بعض الأخلاقيات الأخرى !!

(٥) إعادة النظر فى أسلوب وآلية الاستمرار فى ممارسة المهنة، والحرص على إعادة النظر فى الجداول كل خمس سنوات طبقا لامتحانات

ممارســة أو حــتى على الأقل لحــضــور بـرامج تعليم طبى منتظمــة ومبرمجة، وينطبق هذا المبدأ أيضا على الفئات المعاونة للأطباء بقدر مـا ينطبق على الأطبـاء أنفـسهم، على أن يُواكَب هذا الحـرص باتخـاذ إجراءات حازمة ضد أية حالات تنشأ من ابتعـاد بيِّن عن أخلاقيات ممارسـة المهنة بما يكفل للمهنة قداسـتهـا واحتـرامـهـا بين الناس، وبخاصة إذا ما وقع الخطأ ممن يُفترض فيه أنه قدوة !

(٦) التشجيع المستمر للمثل العليا فى صورة تكريم معنوى ومادى ما أمكن بحيث يشعر الطبيب (أو الممرضة) بالفخر لأنه كان الطبيب المثالى منذ عامين، أو لأنه حطم الرقم القيـاسى فى عـدد سـاعـات العـمل التطوعية.. أو لأنه ألف مرجعا مهما.. أو لأنه نشر عدداً لا يستهان به من البحوث المهمة.. إلخ.. ومثل هذا السلوك هو الكفيل بالقضاء التام على الأثر الخطيـر الذى تحدثه السيـاسـة السـائدة الآن والتى يمكن وصـفـهـا بأنهـا « الإعـلان الضـمنـى » أو « الصـريح » من خـلال وسائل الإعلام، وتكون النتيجة أن تتكون فى أذهان الناس صور ناصعة لألمعية مهنيين ليسوا هم القمة على أية حال ، ولكنهم أقدر الناس على إجادة ممارسة فن الدعاية فى مجتمع لا يعنى بإبراز المثل العليا بين أبنائه ، وهكذا يسدون هم الفراغ! فإذا ما كان أمام الناس مثل عليا حقيقية فسوف يدرك الجمهورعندئذ أى وهم يريد هؤلاء «الدعائيون» أن يوقعوه فيه، وإذا لم يهتم المجتمع الطبى بإبراز هذه المثل فسوف يجد الجمهور الحائر فى بحثه عن المثل ضالته فى هذا السراب .

□

بقىَّ بعد هذا كله أن أشير إلى أن هذا الذى نقترحه يمثل وسائل ناجحة وآليات مجربة وكفيلة بمعالجة كل الظواهر الشاذة التى شهدتها السنوات الأخيرة، أما انتظار الفرج من وراء وضع تشريعات تمنع وتقيد وتحدد فقد ثبت أنه كفيل بأن يزيد الطين بلة.

بعض الحقائق عن القوى البشرية العاملة فى الخدمات الصحية

من الحقائق التى أوردها المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى (١٩٥٢- ١٩٨٠) :

(أ) تطور خريجى الكليات والمعاهد :

- **كليات الطب** : ارتفع معدل التخرج من ٣٦٠ طبيبا فى السنة ١٩٥٠ (فى ثلاث كليات) إلى ٥٤٩٩ طبيبا سنة ١٩٧٩. أى أنه تضاعف ست عشرة مرة.

- **كليات طب الأسنان** : كان عدد الخريجين تسعة فى سنة ١٩٥٠ فى كلية طب الأسنان الوحيدة فى ذلك الوقت بجامعة القاهرة ، وقد ارتفع العدد إلى خمس كليات فى سنة ١٩٨٠ وتخرج فيها ٧٥٢ طبيبا.

- **كليات الصيدلة** : كان عدد الخريجين سنة ١٩٥٠ سبعين صيدلانيا تخرجوا فى كليتين للصيدلة ، وقد ارتفع عددهم فى ١٩٨٠ إلى ١٤٠٠ صيدلانى تخرجوا فى ست كليات.

- **معاهد التمريض** : بلغ عدد خريجات المعهد العالى خمس خريجات فى سنة ١٩٥٦ (بدء تخرج أول دفعات المعهد) وفى سنة ١٩٨٠ وصل عدد الخريجات إلى ١٦٠ مشرفة تمريض تخرجن فى معهدين (كليتين الآن) .

- **مدارس الممرضات:** أنشئت مدارس التمريض على نمط الثلاث سنوات اعتبارا من سنة ١٩٥٦، ثم تطورت إلى مدارس ثانوية فنية فى سنة ١٩٧٣، وكان هذا بداية عهد ذهبى للهيئة التمريضية إذ افتتحت حوالى مائة مدرسة تخرجت فيها سنة ١٩٨٠ وما بعدها أعداد كبيرة تصل إلى ثلاثة آلاف ممرضة سنويا.

- **المعاهد الفنية :** كان عدد خريجى المعهد (فى سنة ١٩٥٢) ٣٨ فنيا، وقد تضاعف هذا العدد حتى بلغ ١٢٠٣ فنى فى سنة ١٩٧٩، وتقوم هذه المعاهد بتخريج فنيى المعمل والأشعة وتركيب الأسنان والمعاونين الصحيين ومعاونى التسجيل الطبى والإحصاء، وصيانة الآلات الطبية، كما توجد بها شعبة فنية للتمريض بالقاهرة والإسكندرية فى إطار المعاهد الستة الموجودة حاليا (١٩٨٠).

□ من الواضح إذاً أن المسألة لم تعد مرتبطة بالأعداد حتى فى هيئات التمريض التى شهدت تطورا واضحا فى أعدادها منذ عام ١٩٨٠ وحتى الآن.

ولنقرأ مرة ثانية السطر الأخير من المسح الاجتماعى الذى يقول : وارتفع عدد أفراد هيئة التمريض خمسين مرة من ١٠٤٦ فى سنة ١٩٥٠ إلى ٥١٨٣٥ فى سنة ١٩٨٠.. لا شك أن التضاعف يزيد اليوم عن خمسين ضعفا بكثير على حين تكمن المشكلة فى مدى استخدام هذه القوى طوال الوقت وعلى مدى المراحل المتتالية من العمر!!

□ لابد من التركيز على وسائل محددة من أجل تحقيق مزيد من الفعالية فى النظام الصحى بعيدا عن برامج التدريب المحدودة التأثير..(وهى محدودة فى عدد مَنْ تشملهم، إذ أنها لاتشمل إلا عدداً قليلاً

من الأطباء.. كما أنها محدودة فى الزمن لأنها تقتصر على فترات معينة من حياتهم وريثما يتم تأهيلهم لوظائف محددة فحسب).

☐ تقتصر الإدارة المختصة بتنمية القوى البشرية فى وزارة الصحة فى عملها على مشروعات التدريب بالشهادات فحسب!! ويحدثنا المسح عن أنه خلال السنوات العشر (١٩٧٠ ـ ١٩٨٠) زاد عدد منح الأطباء ٥ مرات من ٣٨٠ منحة سنة ١٩٧٠ إلى ١٩٣٠ منحة سنة ١٩٨٠.

☐ مع أن تنمية القوى البشرية فى مجال الخدمات الصحية هى أكثر الوسائل فعالية فى نظرنا لتحقيق التنمية والواضحة فى هذه الخدمات وبأقل التكاليف.. لكن القضية تبقى بعذ هذا قضية "وعى" قبل كل شىء.

(ب) تطور معدلات الخدمة للفئات الطبية :

ـ **الأطباء البشريون** : كان معدل الأطباء إلى السكان فى سنة ١٩٥٠ هو ٣٠٣٤ لكل عشرة آلاف نسمة أى طبيب لكل ٤,٢٦٥ نسمة حيث كان عدد الأطباء المسجلين بعد استبعاد أثر الوفاة والهجرة ٤٢,٢٨٩ طبيبا أدى إلى معدل ١٠,٤٩ طبيب لكل عشرة آلاف نسمة أى طبيب لكل ٩٧٢ مواطنا أى أن نصيب الفرد من الخدمة قد تضاعف أربع مرات (٤,٤ مرة) كما كان عليه الوضع سنة ١٩٥٠.

ـ **أطباء الأسنان** : كان معدل أطباء الأسنان للسكان فى سنة ١٩٥٠ هو ١,٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة أى طبيب لكل ٥٦,٦٧٩ نسمة حيث كان عدد أطباء الأسنان المسجلين ٣٦١

طبيبا، وفى سنة ١٩٨٠ بلغ عدد أطباء الأسنان ٦٥٣٤ بمعدل ١٥,٥ طبيب لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة أى طبيب لكل ٦٤٧٢ مواطنا، أى زادت الخدمة للفرد خلال الأعوام الثلاثين ٨ مرات.

- **الصيادلة :** كان معدل الصيادلة للسكان ٧,٢٩ لكل مائة ألف نسمة، أى صيدلى لكل ١٣,٧٦٠ مواطنا حيث كان عدد الصيادلة المسجلين ١٤٨٧ صيدليا سنة ١٩٥٠، بلغ عدد الصيادلة المسجلين ١٥٩٩٢ صيدليا سنة ١٩٨٠ بمعدل ٣٧,٨ صيدلى لكل مائة ألف نسمة من السكان أى زادت الخدمة خمس مرات عما كانت عليه عام١٩٥٠.

- **هيئة التمريض :** كان معدل هيئة التمريض بمختلف فئاتهم للسكان فى سنة ١٩٥٠ هو ٠,٥ ممرضة لكل عشرة آلاف نسمة ارتفع إلى ١٢,٢٦ ممرضة سنة ١٩٨٠ أى أن الخدمة قد انخفضت ٢٤ مرة عما كانت عليه فى سنة ١٩٥٠، وارتفع عدد أفراد هيئة التمريض خمسين مرة من ١٠٤٦ فى سنة ١٩٥٠ إلى ٥١٨٣٥ فى سنة ١٩٨٠.

جدول رقم ٣٢ : **مقارنة بين المعدل الحالى والمعدل الأمثل للأطباء وهيئة التمريض**

	الطاقة الحالية	المعدل الحالى	المعدل الأمثل
أطباء بشريون	٨٦٢٩٦	١ : ٥٦٣ نسمة	١ : ١٠٠٠
أطباء أسنان	١٠٣٧٦	١ : ٤٦٨٠ نسمة	١ : ٤٠٠٠
صيادلة	٢٣١١٦	١ : ٢١٠٠	١ : ٢٠٠٠
تمريض	٧٧٦٦٦	١ : ٩٤٦ نسمة	١ : ٢٥٠
طبيب : ممرضة		١ : ٠,٩	١ :٤

□ يلاحظ أن عدد الممرضات من كافة المستويات لايزال يقل عن ٥٢٠٠٠ ممرضة.

جدول رقم ٣٣ : توزيع الأطباء وهيئة التمريض على بعض المحافظات

الطاقة البشرية	القاهرة	الإسكندرية	الجيزة	سوهاج	قنا
أطباء	٤٧٧٦	١٩١٣	٢٠٥٥	١١٧٧	٧٣٠
ممرضات	٣٨٢٣	٢٢٠٨	١٥٧٣	٦٩٦	٧٣٧

□ فيما يتعلق بالفنيين العاملين فى قطاع الصحة، وهم طائفة لا تقل أهمية عن التمريض فإن معلوماتنا العامة والقومية عنهم مجملة وبسيطة إلى حد بعيد، ولا تزال أعدادهم دون الحدود المتوقعةلأداء أفضل فى هذه المهن المعاونة، مع أن تقدم الخدمة وتطور التكنولوجيا الطبية كانا يقتضيان ويتطلبان نمو التخصصات وتفرعها فى هذه الطوائف لا مجرد بقائها

مقتصرة على معاون الصحة وفنى المعمل، والأشعة، والأسنان، والتسجيل الطبى.. إلخ.

ويبدو أن الوعى العام بهذه الجزئية لم يكتمل بعد، وذلك فى ظل انشغالنا بالحديث عن تردى مستوى الأطباء الجدد!! والانخفاض فى أعداد هيئات التمريض.

وتقتضى النظرة الحكيمة أن نلتفت إلى إنشاء التخصصات الجديدة لهذه الطوائف ووضع برامجها الدراسية، والإسراع بإنشاء سلسلة من معاهد إعداد الفنيين من خلال الجامعات وكليات الطب والمستشفيات الجامعية، على النحو الذى تم التفكير فيه فى مشروع إنشاء معهد التكنولوجيا الطبية بجامعة الزقازيق والإسراع بحل المشكلات البيروقراطية التى واجهت خريجى هذا المعهد فى مرحلة تعيينهم والاعتراف الرسمى بهم.. إلخ، ومن المؤسف أن هذه المشكلات ليس لها طعم ولا رائحة، وإنما هى من باب الحرث فى الماء.

جدول رقم ٣٤ : الطوائف المختلفة من الفنيين

	١٩٨٠	١٩٨١	١٩٨٢	١٩٨٣	١٩٨٤	١٩٨٥	١٩٨٦
معاون صحى	٣٢٢٢	٣٣٤٣	٣٥٩١	٣٩٢٧	٤١٣١	٤٨٩٠	٤٣٥٢
فنى معمل	١٦٣٧	١٨٤٦	١٩٣٦	٢٠٤٤	٢١٥٨	٢٧٤٠	٢٧٠١
فنى أشعة	٧٥٦	٨٠٩	٨٩٩	١٠١٤	٩٨	١٣٥٧	١٣٦٨
فنى أسنان	١٦٥	١٧٩	١٩٥	٢٣٤	٢١٥	٣١١	٣٠٩
فنى تسجيل طبى	٩٥	١١٣	١٣٠	٢٢٠	٢٧٧	٣٧٣	٤٩٨

جدول رقم ٣٥ : تطور الموارد البشرية بوزارة الصحة من ١٩٧٠ إلى ١٩٩٧

نوعية المهنيين	١٩٧٠	١٩٨٠	١٩٩٠	١٩٩٧
الأطباء	٨,٤٢٤	٢٢,٤٦٨	٣٩,٨٢٨	٤٢,٥٠٣
الصيادلة	١,٤٨٧	٣,٢٣٠	٣,٦١٥	٢,٤٩٠
أطباء الأسنان	١,٢٠٣	٣,٥٩٢	٥,٨٩٣	٥,٦٠٧
الممرضات الجامعيات	٧٥	٣٢٥	٤٩٧	١,٠٩٠

وزارة الصحة، مركز المعلومات، وكتاب الصحة فى مصر: د. سمير فياض.

جدول رقم ٣٦ : توزيع العمالة المهنية العاملة بوزارة الصحة لكل عشرة آلاف من السكان

المنطقة الجغرافية	الأطباء	أطباء أسنان	الصيادلة	الممرضات
المحافظات الحضرية	١٣,٢	٢,٣	١,٣	١٠,٢
الوجه القبلى	٧,٥	٠,٩	٠,٤	٨,٣
الوجه البحرى	٧,٦+	١,٢	٠,٤	١٢,٦
محافظات الحدود	١٧,٤	٩,٩	٠,٩	١٧,٢
مؤشر التوزيع العام	٩,٢	١,٣	٠,٦	١٢,١

المصدر: الصحة فى مصر، د. سمير فياض، والأرقام لعام ١٩٩٥.

جدول رقم ٣٧ : مقارنة بين القوى البشرية العاملة فى التخصصات الطبية فى وزارة الصحة والسكان كأعداد وكنسب مئوية

التخصص	العدد	النسبة المئوية
جراحة عامة	٣,٥٩٨	١٥,٢
جراحة أعصاب	١٣٦	٠,٦
جراحة مسالك بولية	١,٢٨٠	٥,٤
جراحة عظام	١,١٥٠	٤,٨
أنف وأذن وحنجرة	١,٣٦٣	٥,٧
ولادة وأمراض نساء	٣,٥٧٤	١٥,١
طب وجراحة العيون	١,١٨٥	٥,٠
أمراض باطنة	٢,٦٦١	١١,٢
أمراض قلب	٢٦٦	١,١
أمراض نفسية	٣٦٧	١,٥
أطفـــال	٢,٤٦٥	١٠,٤
أمراض صدرية	٩٠٧	٣,٨
غدد صماء	١٢	٠,١
طب مناطق حارة	٩١٣	٣,٨
طب معملى	٧٤١	٣,١
أشعة	٤٣٩	١,٨
تخدير	١,١٥٦	٤,٩
طب طبيعى	٣٦٢	١,٥

المصدر: وزارة الصحة والسكان - ١٩٩٧.

جدول رقم ٣٨ : تطور أعداد الطلاب بكليات القطاع الطبى

كليات	١٩٦٠	١٩٧٠	١٩٨٠	١٩٩٠	١٩٩٥	١٩٩٦
الطب	٧,٢٦٠	٢٠,٦٠٧	٣٤,٤٦٢	٢٢,٨٥٣	٢١,٥١١	٢٦,٤١٨
الصيدلة	١,٣١٥	٥,٠٥١	٨,٣٠٥	٥,٩٠٧	١٢,٨٠٠	٢٢,٠١٣
الأسنان	٧٧٩	٢,٣١٩	٣,٨٧٤	٢,٢٢١	٢,٧١٥	٣,٩٨٠
المعهد العالى للتمريض	١١٣	٦٥٩	٨٦٩	٣,٣٦٢	٥,٣٣٤	٦,٥٦٩
العلاج الطبيعى	–	–	٤١٥	٦١٨	٧٨٦	١,١٣٤

المصدر : وزارة التعليم العالى، ١٩٩٧.

الفصل السادس عشر

هل الأطباء طبقة رفيعة؟

لايزال الناس يتناقلون أن مهنة الطب تعود على صاحبها بالسعادة، ويلخصون مظاهر هذه السعادة فى خمسة مظاهر تبدأ كلها بحرف العين : العروسة، والعيادة، والعمارة، والعزبة، والعربة (أى السيارة).

ومع أن الزمن قد تغير، وأصبحت العيادة بمثابة أحد الأعباء وبخاصة فى بدايتها التى قد تستلزم مثلا بيع جزء من عزبة الأب أو عمارته، ومع أن السيارة أصبحت شيئا من ضرورات الحياة لا من كمالياتها كما تعتقد بعض الحكومات التى تجد اللذة والحل فى رفع سعر الوقود حينا بعد حين، ومع أن العمارة والعزبة - وكلاهما من ذوات العائد الثابت - أصبحتا من أسوأ صور الاستثمارات فيما يتعلق بالعائد من وراء اقتنائهما .. على الرغم من كل ذلك فقد بقيت العيون الخمسة محط أنظار الشباب من أصحاب المهنة السامية.

على أن هذا كله ليس إلا مدخلا لموضوع الحديث عن مكانة الأطباء فى السلم الإجتماعى ، ويجدر بنا أن نطرح الموضوع من خلال أسئلة محددة :

☐ هل يعتقد الطبيب أنه بممارسته لمهنته الطبية يرتفع عن الناس فى سلم الإنسانية درجة أو بضع درجات ؟

☐ هل يعتقد الطبيب أنه ينبغى للبشر أن يعاملوه معاملة تختلف عن معاملتهم بعضهم لبعض ؟

☐ هل يظن الطبيب أنه ينبغى لنجاحه فى مهنته وفى أدائه لوظيفته فى المجتمع، أن تكون له مكانة فى كيان المجتمع ترتفع عن المكانة التى هى له كفرد أو كإنسان ؟

هذه هى الأسئلة التى تحتاج إلى تفكير ومصارحة، قبل أن تكون فى حاجة إلى تقرير ومكاشفة!!

* * *

وبادىء ذى بدء ينبغى لنا أن نجيب عن عدد من الأسئلة الأخرى الكاشفة لهذه الاسئلة التى طرحناها :

السؤال الأول: هل يمكن الفصل بين المكانتين المادية، والمعنوية فى صياغة المكانة الاجتماعية للفرد فى المجتمع ؟ أى هل يمكن أن يحتل رجل فقير بسيط مكانة اجتماعية محترمة حتى لو لم يكن له من المستوى المادى ذلك القدر الذى يتوافر فى العادة لمن يحتلون المكانة الاجتماعية المحترمة فى المجتمع.. أو بعبارات أخرى: هل ينظر مجتمعنا إلى رجلين أوتيا من العلم قدراً متقارباً، نظرة واحدة، إذا اختلف مستواهما المادى، وبخاصة المستوى الظاهر من الماديات؟

إذا نجحنا فى أن نصل بالمجتمع إلى الحد الذى يكون فيه تقديره لأشخاصه بعيداً تماماً عن عنصر المظهرية المادية، فسوف نسعد ونحن نتأمل الإجابة عن هذا السؤال، وإذا لم يكن هذا شأننا فمن الواضح أن

قسوة المجتمع على نفسه سوف تنتقل لتفسد العلاقة ذات الأطراف الأربعة بين الطبيب والطب والمريض والمرض!

السؤال الثانى: هل يمكن أن يتقبل أفراد طائفة ما فكرة التنازل عن موروثات تحمل بعض الميزات لطائفتهم من دون أن يجبرهم النظام العام على هذا التنازل؟

وأسارع فألفت النظر إلى أن هذا السؤال ربما كان وارداً حين كانت الحياة تسير بإيقاع أبطأ، أما اليوم فإن الحياة تضطر الناس جميعا إلى مثل هذا التنازل !

ومع ذلك تبقى المشكلة فى المجتمعات التى لم يتسارع فيها إيقاع الحياة بعد، كالريف والمناطق النائية.. فى هذه المجتمعات تجد الأطباء لا يزالون يحتفظون بقدر كبير من أبهة الماضى وسحره فى تحركاتهم.. وفى إقامتهم كذلك !.

* * *

السؤال الثالث : هل تستطيع الدولة أن تنتبه إلى مسئوليتها عن توفير حياة هانئة لعدد من الناس من منطلق حرصها على هناءة الشعب كله وهو ما يقتضى أن يكون هؤلاء بالذات أول مَنْ توفر لهم الدولة راحة البال ؟ لأنهم أدواتها فى تحقيق هذا الهدف النبيل لأكبر نسبة من المواطنين... ربما أستدرك قبل أن أجيب لأشير إلى أنى لا أعنى بعدد من الناس طائفة الأطباء بالذات، وإنما أعنى الوصف الذى أردفته مباشرة، وهو ما يعنى أن هذه الطائفة التى تحرص «الدولة» على راحة بالها قد لا تضم كل الأطباء، كما يعنى بالبداهة أن هذه الطائفة لن تقتصر على الأطباء.. وهذا إيضاح مهم نعود بعده لنؤكد أن مظلة الدولة هذه قد تمتد إلى طوائف كثار من

الموظفين العموميين، وهذا صحيح، وقد يكون نجاح الدولة فيه مقياسا جيداً للدلالة على نجاح الدولة فى إقامة كيان «بيروقراطى» قوى وسليم وفعال، ولكن الذى لا شك فيه أن حكومة تعجز عن إراحة بال العدد القليل من أطبائها القائمين بالخدمة العامة المباشرة ليل نهار تصبح بمثابة سلطة تجاوزت حدود المعقول فى فشلها عن إثبات مقدرتها على خدمة جمهورها، وهو الحال الذى لم نصل إليه بحمد الله بعد !.

* * *

السؤال الرابع: هل يتقبل المجتمع الخدمة الطبية إذا أتته فى بساطة ويسر وبدون تكلف ؟ وهل يكون هذا التقبل بذات القدر الذى يتقبلها به إذا جاءته هذه الخدمة فى إطار كهنوتى ؟

وبعبارة أخرى هل يكون المريض سعيدا بالطبيب المتواضع الذى يأتيه من فوره، وبقروش زهيدة، ويصف له الدواء الرخيص الثمن، ويسأل عنه فى اليوم التالى، ويتطوع بإعطائه الحقنة، ولايجد حرجا فى أن يتولى بنفسه قياس الضغط والحرارة.. إلخ.. هل يكون المريض سعيدا بهذا الطبيب بذلك القدر الذى يسعد به حين يتولى علاج نفس الحالة طبيب فيه من الغطرسة أكثر مما فيه من الطيبة، أو على الأقل يتمتع بقدر كبير من إظهار الاعتزاز بالنفس أو إظهار الانشغال بأمور كثيرة (حتى ولو لم تكن طبية ولا عاجلة)، فهو لا يأتى إلى مريضه ولا إلى عيادته نفسها إلا بعد وقت وسؤال ووساطة ومال كثير، وإذا أوصى مريضه بأدوية فانه يفضل العقاقير المرتفعة الثمن، وهو لا يسأل عن مريضه أبدا، ولا يكلف نفسه إعطاء محلول ولا حقنة، كما أنه لا يتولى معظم مهام الكشف بنفسه، وإنما له مساعد (أو مساعدة) يربط جهاز الضغط، ويقيس بالترمومتر درجة

الحرارة، ويحمل عن طبيبه الحقيبة ....، ويركب معه فى المقعد الخلفى من السيارة.

هذا مجرد مثل بسيط ولكنه يتكرر فى حياتنا بصورة أخرى : ليس من أندرها صورة المثقف الذى يعرف أن بعض البروباجندا فاسدة مفسدة، ومع هذا فإنه يصمم على أن يعالج نفسه عند الطبيب المشهور ذائع الصيت، وهو يذهب إلى ذلك الطبيب تاركا طبيبا آخر يعرفه ويعرف أنه ليس مشهوراً ولكنه مشهود له بالعزوف عن هذه البروباجندا الكاذبة.

وليس أندر من هذه الصورة أن تحفى قدم أب (يعمل فى التجارة ويطمح إلى مكانة فى عالم السياسة والمجتمع) وراء وزير الصحة السابق ليكون هو الذى يجرى عملية الجراحة لابنته حتى إذا جلس بين الناس قاد الحديث إلى نقطة يظهر فيها امتعاضا من المرض، ويروى لهم أن الوزير لم يقبل أجرا على إجرائه عملية «الزائدة» التى فاجأت ابنته المسكينة !! بينما العملية لم تكن زائدة وإنما كانت جراحة تجميلية بسيطة لا تفاجئ مريضها، وإنما تجرى فى أى وقت.

الفصل السابع عشر

الأطباء فى نظامنا الطبى.. إلى أين ؟؟

تعتمد بعض النظم الإدارية (حتى تلك التى تتعلق بالمستويات الإدارية المتقدمة والعالية فى المسئولية بأكملها) على كفاية النظام بغض النظر عن كفاية الأشخاص الذين يشغلون الوظائف، وتصوغ هذه النظم قواعد عملها بحيث يمكن لها أن تتغلب (بفضل ما فيها من مرونة وفاعلية) على القصور المتوقع فى قدرات الأشخاص أو مقدرتهم على مواجهة الجزئيات الصغيرة.

هذه حقيقة ربما لا ندركها جيداً، وليس من واجبنا الأساسى أن ندركها، وإنما يكفينا أن نعرف الفكرة فيها، وهى على كل حال مقدمة كان لابد منها لنطرح السؤال المهم الذى يقول:

- هل أصبح نظامنا الطبى فى مصر المعاصرة واحداً من هذه النظم ؟
- أو هل أصبح نظامنا الطبى أبعد مايكون عن هذه النظم ؟

فى الحقيقة إن الإجابة بالنفى هى أصدق الإجابات عن كلا السؤالين، ولكن هل ينفى هذا عن نظامنا الطبى أنه نظام ؟ فى الغالب أن الإجابة مرة ثالثة بلا قد تكون هى الإجابة المثلى !!

ذلك أننا كنا قد صغنا نظاما طبيا فى الستينيات كان ناجحا بمقياس النجاح وقتها، ومن الظلم الشديد لأنفسنا أن نحكم على هذا النظام بالفشل اليوم لأنه لم يعد قادرا على إثبات نجاحه وسط تقدمات هائلة فى العالم كله وجدت طريقها إلى الوجود فى داخل وطننا بإرادتنا، سواء أكانت هذه النظم حرة أم عاقلة أم طموحة أم مدفوعة إلى مسايرة التطورات الحديثة فى العالم الذى لا يتسم بشىء قدر ما يتسم بالتطور السريع.

من الصعب إذاً أن نناقش نظامنا الطبى اليوم من دون أن نثبت لأنفسنا أننا نجحنا فى مرحلة سابقة فى إقامة صرح طبى ممتاز بمقاييس ذلك العصر، ونحن لا نريد بهذا أن نرضى أنفسنا ولا أن نرضى مرحلة سابقة بقدر ما نفيد من هذا فى محاور ثلاثة:

المحــور الأول : هو الاستفادة من الفعاليات التى ساعدت على قيام هذا النظام.

المحور الثانى : هو الاستفادة من الفعاليات التى ساعد هذا النظام على قيامها.

المحور الثالث : هو الاستفادة من الخبرة (التى نشأت بفضل هذا النظام) فى مكافحة المرض كواحد من الثالوث الذى جعلنا هدفنا محاربته قبل الثورة وبعدها.

وقد يكون من الأهمية بمكان أن نناقش هذه المحاور فى ضوء العناصر الأساسية للخدمات الطبية متمثلة فى المستشفيات ووسائل العلاج والأفراد القائمين عليه وغيرها من العناصر.

وبقدر ما تلعب العوامل الاقتصادية دورا مهما فى التأثير على ميزانيات المبانى والتجهيزات والمصروفات الجارية فى مجالى العلاج والدواء فإن العوامل الاجتماعية هى صاحبة الكلمة الأولى فى بناء وتكوين الموارد البشرية أو الأفراد العاملين فى الطب.

ومن العجيب والطريف أن هذه العوامل مع ازدياد تعقدها واحتمال تناقض مكوناتها قد حفظت للنظام الطبى المصرى منذ السبعينيات وحتى الآن كثيرا من ماء الوجه.

وعلى سبيل المثال فإن العائد المادى من مهنة الطب بالنسبة للخريجين الشبان لا يبلغ (ولمدة ١٥ عاما من تخرجهم) ربع العائد المادى لأقرانهم الذين تتاح لهم فرصة العمل فى شركات الانفتاح سواء أكانوا مهندسين أم محاسبين أم إداريين وسكرتارية.. إلخ، وحتى فى المستشفيات الاستثمارية التى تمثل النمط الانفتاحى فى الطب والخدمات الطبية فإن الأطباء يبقون بحكم قوانين جامدة فى وزارة الصحة وفى دراساتهم العليا فى قاع المرتبات، بل إن بعضهم يتقاضى أجوراً أقل من أجور بعض هيئات التمريض والمهن المساعدة للأطباء على الرغم من أن الجهد الذى يبذله الأطباء فى المتوسط أعلى بكثير من الجهد الذى يبذله أقرانهم من العاملين فى هذه المستشفيات، وعلى الرغم من أن عنصر المسئولية الإنسانية الذى يقع على عاتق طبقة النواب الشبان وهى مسئولية قد لايكون هناك ما يناظرها من مسئوليات فى أداء الطوائف الأخرى.

ونأتى إلى وجه المفارقة وهو أنه على الرغم من هذا العائد المادى الضئيل جدا وعلى الرغم من هذه الصعوبات التى تسيطر على المناخ الذى يؤدى فيه هؤلاء الأطباء الشبان عملهم فإن الإقبال على الالتحاق بكلية

الطب لم يتراجع عند المنبع، أى فى مكتب تنسيق قبول الطلبة بالجامعات، وبقيت كليات الطب فى القمة كما كانت منذ أن عادت واحتلت مكانة الهندسة والفنية العسكرية فى نهاية الستينيات فى القسم العلمى، كما ظلت على قمة شعبة العلوم بعد نظام الشعبتين الذى تم تطبيقه فى عام١٩٧٧.

وهذه الجزئية وحدها تعطينا أملا كبيرا فى أن جزءا كبيرا من مكونات الانفعالات والتفاعلات والطموحات والتوجهات فى مجتمعنا لا يزال مرتبطا بعوامل اجتماعية خفية تتغلب أو تنتصر على العوامل الاقتصادية التى يظن البعض منا إن بإمكانهم تأسيس الصورة الجديدة للمجتمع على أساسها فحسب!

هل نعود من هذه النقطة إلى مقدمة هذا الفصل لنتأمل الحالة التى وصل إليها نظامنا الطبى اليوم بحكم المؤثرات الاجتماعية.

ولنبدأ بتأمل طبقة النواب فى مستشفى جامعى وهم الذين يحتلون أعلى مكانة بين الخريجين حديثى التخرج من أى كلية من كليات الطب، وهى طبقة لا تبلغ فى أنحاء الجمهورية كلها فى العام الواحد أكثر من ثلاثمائة طبيب، هؤلاء مطالبون بأن يعيشوا ليل نهار فى مستشفياتهم. وأن يتولوا العلاج فى الأقسام الداخلية، والمساعدة فى العيادات الخارجية والعيادات والعمليات الجراحية أو التشخيصية، كما أنهم هم المسئولون دون غيرهم عن تسيير العمل بالأقسام ليلا حيث لا يكون هناك غيرهم هم وبعض أطباء الامتياز.. باختصار فإن هؤلاء النواب هم «الجنود المرابطون» وإن لم يكونوا الجنود المجهولين لأن كل الناس تعرف لهم فضلهم. وهم بعد هذا كله يتقاضون مرتبا فى حدود ستين جنيها ومهما ارتفع فإنه لا يبلغ مائة جنيه شهريا وعليهم أن يدبروا كل نفقات معيشتهم (ومع ذلك فبعضهم يتزوج

ويكون مسئولا عن فتح باب بيت وأفواه) كما أن عليهم أن يغطوا نفقات دراستهم للماجستير وبحثهم العلمى! ويقتضى هذا جهداً دءوباً وتكلفة مادية فى إعداد الرسالة العلمية التى عليهم أن يتقدموا بها قبل أن يكونوا مؤهلين لدخول امتحان الماجستير، وهم يتحملون نفقات التعليم الطبى المستمر شراء المراجع والكتب التى من دونها يصبح مستواهم أقل من الطلبة الذين لا يزال عندهم الوقت ليسمعوا الأساتذة على مهل !!

ومع هذا كله فإنك تجد معظم هذه الطبقة فى حالة من الانتعاش النفسى الممتاز على الرغم من أنهم لا يمارسون أى عمل إضافى بحكم انشغال وقتهم كلية فى أعمال المستشفى.

ومن السهل إرجاع ذلك إلى مساعدة الأهلين لهؤلاء، وهم فى الأغلب من أبناء الأساتذة، أو من النوابغ الذين استطاعوا بفضل بيوت ممتازة من قبل أن يواصلوا التفوق حتى النهاية (وذلك على الرغم من إقرارنا بأن هذا التفوق ليس هو التفوق الحقيقى وإنما هو تفوق تحصيلى يعتمد على المثابرة ومغالبة النفس بشرها وبخيرها كذلك) .

ولهذا فإن النظام الطبى المصرى لا يتحمل نفقات جنوده المرابطين أبدا وإنما يتحملها له «بعض الأهالى» فى مقابل سعادتهم بالمركز الاجتماعى المأمول، أو بصرف النظر عن إمكانية تحقق هذا الأمل من عدمه، فإن شراء الأمل فى حد ذاته أمر مشروع.

* * *

ولكن هل يدفع نظامنا الطبى اليوم ثمن تخليه عن قيامه بواجبه نحو جنوده المرابطين على الرغم من أن هذا الواجب يجد مَنْ يقوم به ؟؟

هذا هو السؤال الذى ينبغى لنا أن نتعمق فى الإجابة عليه إذا ما أردنا أو نشدنا الوضع الأمثل أو الأصلح !!

ها نحن نعود إلى فعاليات النظام الطبى فى الستينيات :

فى المحور الأول نجد قدرة الدولة على مكافأة موظفيها تساعدها على اجتذاب أفضل العناصر لوظائفها بينما هى اليوم فى كثير من وظائفها غير قادرة على هذا إلا أن تأتى أفضل العناصر من تلقاء نفسها لأنها تعتقد (حقا أوباطلا) أن فى هذه الوظائف المستقبل المنشود.

وفى المحور الثانى نجد طائفة من العباقرة من أبناء الطبقات التى لن تتاح لها فرص متكررة فى كل مرحلة من مراحل التعليم فى ظل تأثير الاقتصاديات على التعليم (وليس على التعليم فحسب) وقد ذهبت هذه العبقريات المنتظرة من دون إرادتها ومن دون انتباه المجتمع بعيدا عن مواقع تتطلب وجودها سواء كان هذا بإرادتها أو رغم إرادتها.

وسوف نجد أنفسنا بعد ذلك أمام خبرة تتضاءل فى ارتباط طوائف المجتمع بالطب وممارسته رغم ما قد يقوم به الإعلام فى هذا المجال من جهد يتضاعف أثره مع الانتشار الواسع الذى لقيه الإعلام فى السنوات الأخيرة على كل المستويات.

ويكفى تلك الكلمة التى يقولها مواطن مقهور فى الشارع المصرى إن دخول أى مستشفى جامعى أصبح يحتاج إلى واسطة !! مع أن الأمر عكس ذلك تماما أو فى الغالب على أقل تقدير.

الفصل الثامن عشر

بطالة الأطباء.. بين التأمل والتألم!!

مَنْ قال إن هناك بطالة فى الأطباء ؟

كل الناس يقولون هذا، ولكن واحداً من الذين يتأملون حال الصحة فى هذا البلد لا يستطيع أن يطلق هذا القول على عواهنه كما يقولون !!

وحتى الذين لا يتأملون، أولئك الذى يتألمون فحسب، يعرفون أنهم ربما يبقون بألمهم وقتا - قد يطول - حتى يجدوا طبيباً يعنى بحالتهم.. مع أنهم قد يقرأون أو يسمعون أن الأطباء فيهم فائض!!

وكل المؤهلات العليا تلتحق بالقوات المسلحة لقضاء الخدمة الوطنية، فيجدون أن فى إمكانهم جميعا أن يكونوا ضباط احتياط أو جنودا، إلا أولئك الأطباء الذين لا يجدون خياراً إلا أن يكونوا ضباطا.. وتسأل لماذا، فتجد الرد الذى لا يحتاج إلى ذلك السؤال.. إن القوات المسلحة يحتاج إلى هؤلاء الأطباء، ولذلك فإنه يستبقى هؤلاء الخريجين فى خدمة القوات المسلحة لفترة أطول على هذا النحو المشرف كضباط احتياط.. ومن المهم أن نلتفت إلى حقيقة أن هؤلاء الأطباء الذين تفيد منهم القوات المسلحة هم متخرجون حديثو التخرج بالبكالوريوس فقط! حتى لا يُقال شىء من قبيل

إن القوات المسلحة (التى تمنحهم رتب الضباط الاحتياط) فى حاجة إلى الإخصائيين.

وحين تتكرر موجة الحديث عن الأمراض التى يحلو لنا أن نثيرها حين نفرغ من المشكلات السياسية العامة مع مطلع الصيف، ونتنبه إلى هذا الشىء الذى يسمى أمراض الصيف،عندئذ يدهش البعض من أصحاب الأقلام من هذا التعبير - غير الطبى - وحينذاك تتنبه المشاعر العامة إلى مثل هذا العبء الملقى على الأطباء الذى يصدر به ومن أجله قرار يمنع عنهم الإجازات ويفرض عليهم مضاعفة النوبتجيات.

ومن حين إلى آخر تطالع الجماهير أخبار الحوادث القاسية المريرة التى يتعرض لها شباب الأطباء وهم يقودون سياراتهم بعد قسوة يوم عمل (وفى الأغلب بعد ليلة عمل) وقد سجلت الحوادث أن بعضهم مات بالأزمة القلبية وهو يقود السيارة، ثم تصطدم السيارة التى مات قائدها.. وحينئذ يأسى الجمهور لهذا الذى طبب المرضى، ولم يكن عنده من وقت يطبب فيه نفسه، ويقولون إنه كان عليه أن يهرب بكل ما أوتى من إرادة إلى الراحة يتلمسها !

ويتسامع الناس ويتحادثون عن هذه العيادات الخاصة التى تكتظ بزوارها فتوزعهم على سلالم العمارات! وعن هذه المستشفيات الخاصة التى تعانى من الازدحام أيضاً! وعن مستشفيات المؤسسة العلاجية فى القاهرة والإسكندرية وكل أطبائها منتدبون!! (وهذه حقيقة غريبة ومرة!!): النواب منتدبون من وزارة الصحة، وعلى ميزانيتها يصرفون رواتبهم. والاستشاريون من أساتذة الجامعة يأتون ويذهبون ويحاسبون بالحالة أو بالقطعة! وهى فى هذا المقام: القطعة التى يرسلونها!!!

كل هذه الظواهر وغيرها تبدو وكأنها دلائل ساطعة، ولكنها لا تمنع الأقلام من أن تقول إن فى سوق الأطباء بطالة !! هل هى بطالة حقا ؟ أم افتعال بطالة؟، هل هم الذين يفتعلون ؟ أم أنهم هم الضحايا الذين يفعل بهم ؟ وماذا فى وسعهم أن يفعلوا ؟

* * *

ربما أسارع بعد هذا كله إلى أن أقول إن حقيقة الأمر فى منتهى البساطة هى «سوء التوزيع»، وسوء التوزيع لا يفرض نفسه ولا يدوم حتى النهاية، والسبب بسيط وهو أن المتظلمين منه يتحايلون عليه بكل الطرق والوسائل، ومن ثم تنشأ فى الظاهر مشكلات إضافية تضاف إلى المشكلة التى خلقتها العبقريات البيروقراطية بعيدا عن الواقع.

وعلى سبيل المثال فهذا «طبيب تكليف» رصُد له مرتب شهرى فى المحافظة النائية وهو يذهب ليتسلمه مع مطلع كل شهر فحسب، ولكنه لا يزال يقيم فى القاهرة أو قريبا منها حيث يزاول الطب فى مستوصف من مستوصفات المساجد حيث يتزاحم الناس لطلب خدمات الصحة الأولية أو الثانوية.. ولكنه فى الوقت نفسه يقضى وقتا طويلا حتى يصل إلى هذه الوظيفة فى مثل هذا المستوصف. وكل هؤلاء الأطباء الذين يقوم عليهم العمل فى المستوصفات يعملون كمؤقتين ولبعض الوقت فقط، مع أنهم لا يعملون إلا فيها، ولا يذهبون إلى المحافظات التى هم فيها زائدون ، ومع هذا فقد عينوا على وظائف ودرجات خالية فيها .. بينما هم هنا مطلوبون.

وبوسعنا أن نسأل: هل لو كان هناك قانون عمل وقانون تأمينات ممتاز وواضح وسريع المتابعة هل كان هناك أمل فى أن نترك هؤلاء يعملون

السنوات الأولى من حياتهم كيفما شاءوا ما داموا يعرفون أن هذه المدد سوف تضاف لهم فى التأمين والمعاشات لأنهم سيدفعون عنها اشتراكات تأمينات شهرية، ويتمتعون بحماية قانون العمل بدلا من عملهم هذا الذى يبدو وكأنه نوع من العمل (الأسود) من وجهة نظر القانون والتأمينات.. بعبارة أخرى هل يسمح نظام البيروقراطية المصرية أن يؤجل تكليف الراغبين من الأطباء بعد حصولهم على التأهيل العلمى (الماجستير أو الدبلوم) أو أنه لابد لهؤلاء المساكين أن ينخرطوا فى السلك منذ بدايته ليحافظوا على المستقبل، أو الحد الأدنى من المستقبل، وتكون نتيجة هذا أن ملايين (ولو أنها قليلة) من الجنيهات تُصرف بلا مقابل (بيروقراطى) من العمل الفعلى !! وهذه ليست هى المشكلة لأن العائد فى النهاية يصب فى مصلحة المجتمع ، ولكن المشكلة تكمن فى القيم التى من الطبيعى أن يكتسبها هؤلاء الأطباء نتيجة لهذا الوضع الغريب ، ومنها القيم التى تتعلق بطبيعة إحساسهم نحو المال العام.. ولنأخذ على سبيل المثال إحساس صاحب الضمير الحى منهم الذى يصمم على إلغاء التكليف، مادام أنه لا يؤديه على نحو ما يتصور، فتكون النتيجة أنه يجد فى إراحة ضميره بعض العذاب الشديد وضياع مثل هذا المورد المضمون الذى قررته له الدولة دون حاجة إلى وساطة.

* * *

وننتقل بعد هذا إلى سؤال آخر: هل أسعفنا مستشفياتنا العامة (وهى أرقى مستشفيات وزارة الصحة) فى عواصم المحافظات بحاجتها من أطباء التخدير المقيمين؟ الجواب : لا لا.. ودائما ما يمثل النقص فى هذا التخصص مشكلة.. والسؤال هو : لماذا لا نشجع على مثل هذا التخصص

بفتح بابه للدفعة التالية (مثلا) بحيث يسارع إليه الذين يحبون أن يتقدموا فى سلكهم الوظيفى.. هذا مثل بسيط من أمثلة الحلول البسيطة، ولكننا فيما يبدو نصمم على الإبقاء على مثل هذه النوعية من المشكلات .

ويقودنا هذا إلى سؤال شبيه أو مماثل، وهو: لماذا لا نفتح الباب أمام التخصص فى الطب الشرعى والسموم على الرغم من هذا النقص الحاد والواضح الذى تعانيه مصلحة الطب الشرعى الآن؟ لماذا لا نعلن إننا سوف نقبل فى هذه المصلحة مَنْ يتقدمون بتقدير جيد فور انتهائهم من الامتياز وقبل مرورهم بالدائرة الطويلة من التكليف والريف.. لو فعلنا هذا لتقدم لهذه المصلحة ألف طبيب من الدفعة القادمة.. ولنجرب مثل هذا الأسلوب .

وباختصار شديد فانى أريد أن أقول أو أتساءل : لماذا لا يكون هناك اهتمام بخلق فرص عمل للأطباء الذين لا يرغبون حقيقة فى ممارسة المهنة، ويحبون أن يمارسوا شيئا متصلا بدراستهم كالثقافة الطبية. وترجمة المقالات الطبية الجديدة، والإحصاء الطبى، وفنون الإدارة الطبية، والاقتصاد الطبى.. إلخ.. ولماذا لا تكون مثل هذه التخصصات واسعة الأفق مثل التخصصات المشابهة فى الوزارات الأخرى: الرى والزراعة والإسكان.. إلخ.. أم أن ضيق الأفق هو الذى يحكم التصرف فى مستقبل الأطباء.

الفصل التاسع عشر

البيروقراطية .. فى صياغة حياة الأطباء

فيما بين الوزارات المختلفة تتمتع وزارة الصحة بسمعة قديمة ومتميزة فى طغيان البيروقراطية، ويختلف الناس فى تفسير هذا، فبعضهم يرون أن السبب فى هذا يعود إلى أن الأطباء قديما لم يكن عندهم - مع قلة عددهم - الوقت ليضعوا لمسات طبية أو صحية أو علمية أو عملية على الإدارة البيروقراطية الكفيلة بضبط الأداء فى وزاراتهم وإدارتها، ولهذا طغت هذه البيروقراطيات غير المنظمة حتى جاء الجيل الجديد من الأطباء فأصبح يعانى من هذه البيروقراطية المقيتة، والبعض الآخر يرى أن الأداء الطبى بطبعه ينبغى ألا يخضع للبيروقراطية.

ولهذا فإن البيروقراطية السائدة فى أداء وزارة الصحة بيروقراطية ظاهرية فحسب، وهى تغطى نوعاً من اللانظام ينشر ويسود فى كل الإجراءات.

ومع هذا فإن أحداً لا يستطيع أن ينكر وجود الأداء البيروقراطى وازدهاره فى طرقات وزارة الصحة، ولست أظلم أحداً بهذا الذى أقرره، وإنما يكفينى أن أذكر فى تصوير هذه الحقيقة لبعض الذين لا يصدقونها

أن كثيراً من شبابنا فى زهرة عمرهم لا يفكرون فى الانتحار إلا على سلالم وزارة الصحة.. وذلك عند توزيع النيابات والتكليف.. إلخ.

من ناحية أخرى فإنى أدعو إلى التأمل فيما تكشف عنه خدمة "جليلة" قدمتها النقابة العامة للأطباء (اللجنة الاجتماعية) لأطباء الامتياز لتيسر عليهم أمور البيروقراطية «الصحية» التى ربما ضاع منهم عشرون يوما على الأقل (مثلما حدث معى) حتى يعرفوا حدودها.. الخدمة تتبلور فى ورقة إرشادات مكثفة، نقدم صورة فوتوغرافية كاملة لها هنا ، وهذه الورقة تيسر على الأطباء الجهد فى معرفة هذه السلسلة من الإجراءات التى لا لزوم لها على الإطلاق، ولكنها بالطبع لا تيسر الإجراءات نفسها..

هل لى أن أستعير هنا عبارة كتبتها فى كتاب آخر لى هو « مستقبلنا فى مصر» وقلت فيها إننا حين نقول تبسيط الإجراءات نختصر ١٠٪.. وربما نتشجع بعد عشر سنين لنختصر ٢٠٪ من الاجراءات بينما الحقيقة هى أنه يجب اختصار هذه الإجراءات كلها لا ٩٠٪ فقط كما يظن بعض منا.

ما جدوى أن يقدم الطبيب ٦ صور تلقى فى الملفات التى تؤول إلى سلال المهملات بعد عام، وما جدوى صور الشهادات إذا كانت هناك نسخة معتمدة ومختومة من الشهادات عند الوزارة.

وما جدوى هذا.. وماجدوى ذاك.. ما جدوى كل هذا فى عصر الكمبيوتر الذى يمكن أن تحصر فيه كل البيانات مرة واحدة، ومن المنبع، أى من الكليات التى تخرج فيها هؤلاء جميعا.. وما جدوى هذا التكرار المقيت الذى لا فائدة منه.. والذى لن يغنى عن الرجوع إلى البيانات الأصلية القادمة من المنبع، والذى لن يمنع تزويرا، ولن يضبط تلاعبا.. إنما هى الرغبة فى إتاحة الفرصة القوية لتزوير الملفات وتضخيمها ذلك أن التزوير

يستحيل أن يقع إذا كان الموظف معنيا بمراقبة شهادة أو مستند واحد، لكنه إذا كان مكلفا بمراقبة أكثر من عشرين مستندا فإنه يصعب عليه اكتشاف التزوير.

ولنقرأ معاً ما تتضمنه وثيقة نقابة الأطباء:

بسم الله الرحمن الرحيم

النقابة العامة للأطباء

اللجنة الاجتماعية

إرشادات لأطباء الامتياز

زملاءنا.... زميلاتنا... أطباء الامتياز ؛ يسر النقابة أن تقدم لكم كافة الإجراءات التى يقوم بها أطباء الامتياز قبل وبعد انتهاء فترة الامتياز ؛ بعد أن لاحظنا كثرة وصعوبة الأوراق المطلوبة التى يجب عليكم إنهاؤها قبل أن تنضموا إلى نقابتكم.. نقابة الأطباء، ويسعنا فى هذا الموقف أن نذكر حديث رسول الله صلى الله عليه وسلم : «مَنْ كان فى حاجة أخيه كان الله فى حاجته». (متفق عليه)

أولاً : ما قبل إنهاء فترة الامتياز

(أ) تصوير : عدد ٣٠ صورة فوتوغرافية ٤ × ٦

(١) ١٠ لشهادات التخرج.

(٢) ٦ للوزارة.

(٣) ٤ لإدارة التراخيص.

(٤) ٣ لشهادات الامتياز.

(٥) ٢ للنقابة.

(٦) ٢ للفيش والتشبيه.

(٧) ٢ لتغيير المهنة فى البطاقة.

(ب) إحضار : تمغة وحوالة من مكتب البريد

(١) ٢٥ ورقة فئة ١٥ قرش.

(٢) ٢ ورقة فئة ٢٥ قرش.

(٣) ورقة فئة ٢٠ قرش.

(٤) تعمل حوالة بريدية لإدارة التراخيص باسم الدكتور مدير عام إدارة التراخيص بمبلغ ١١٠ قرش + ٩ قروش تمغة.. وتصاغ الحوالة كالتالى : مقدمه لسيادتكم /..........، جامعة /..........، محل الإقامة/..........، رقم البطاقة/..........

(جـ) فيش وتشبيه :

يستخرج عدد ٣ من قسم الشرطة التابع له السكن، أحدهما يعطى لإدارة التراخيص، والثانى للنقابة، والآخر لجهة التكليف، ويلاحظ أن صلاحية الفيش ٦ شهور فقط.

(د) تغيير المهنة :

فى البطاقة الشخصية من طالب إلى طبيب، والمطلوب :

(١) ٢ صورة.

(٢) تمغة فئة ٢٥ قرش.

(٣) استمارة تغيير بيانات من مكتب التسجيل المدنى تختم من جهة العمل.

(هـ) مستخرج لشهادة الميلاد :

من مكتب الصحة أو السجل المدنى التابع له محل الميلاد.

(و) إخلاء طرف :

وتأخذ عليه التوقيعات من المعامل، والباثولوجى، ومكتبة الكلية، واتحاد الطلبة ومكتبة الجامعة، وذلك لاستلام دوسيه أوراقك من الكلية.

(ز) إخلاء طرف من بنك ناصر الاجتماعى :

وتأخذها من البنك مختومة من الكلية والمطلوب : الاسم، والعنوان، والكلية وتمغة، ورقم البطاقة الشخصية.

(حـ) شهادات التخرج :

تستخرج من شئون الطلبة بالصيغة الآتية :

☐ السيد الأستاذ الدكتور عميد الكلية...

تحية طيبة وبعد...

برجاء التكرم وإعطائى شهادات التخرج لتقديمها إلى الجهات التالية :

١ - إدارة التراخيص.

٢ - وزارة الصحة.

٣ - نقابة الأطباء..

٤ - مركز البحوث.

٥ - إدارة التجنيد.

٦ - الدول العربية.

٧ - الشركات والهيئات.

٨ - شهادة تقديرات للجامعات المصرية.

مقدمه لسيادتكم طبيب/....... تقدير/....... مواليد/.......

* السيد الأستاذ الدكتور عميد الكلية ؛ تحية طيبة وبعد ؛ برجاء التكرم وإعطائى شهادات تخرج باللغة الإنجليزية لتقديمها للدول الأجنبية

(١) شهادة تخرج.

(٢) شهادة تقديرات وساعات.

الاسم/بالعربى والإنجليزى

التقدير /........

مواليد /........

ملحوظة : توضع ورقة تمغة فئة ١٥ قرش على كل طلب، وأخرى فئة ١٥ على كل شهادة.

أيضا توضع على كل شهادة صورة فوتوغرافية وتمغة فئة ٥٠ قرش من الكلية.

(ط) شهادات الامتياز :

يُقدم طلب قبل انتهاء الامتياز بشهرين فى المستشفى (قصر العينى ؛ أم المصريين.. الخ) ويتم تسلمها آخر الامتياز والمطلوب :

(١) ٣ صور فوتوغرافية.

(٢) الكارت الأصفر أو ورقة بها إمضاء ١٠ شهور امتياز

(٣) تكملة بيانات استمارة ١٠٣ ع.ح من المستشفى.

ملحوظة : اختم ما لا يقل عن ٦ صور فوتوغرافية من الخلف من المستشفى.

دائما تصور جميع المستندات وتحتفظ بصورها : البطاقة، شهادة الميلاد.. إلخ.

□

ثانيا : ما بعد انتهاء فترة الامتياز

(أ) المطلوب للقيد بنقابة الأطباء :

المستندات التالية تقدم للنقابة بدار الحكمة.

(١) طلب قيد بالجدول العام (يوزع مجانا بالنقابة).

(٢) شهادة التخرج.

(٣) شهادة قضاء سنة الامتياز.

(٤) ١٦ جنيها رسم القيد والاشتراك ويحتفظ الطبيب بإيصال السداد ليقدم إلى إدارة التراخيص.

(٥) الفيش والتشبيه .

(٦) صورتان مختومتان من الكلية.

(٧) صورة البطاقة الشخصية أوالعائلية.

(ب) المطلوب لاستخراج ترخيص مزاولة مهنة الطب :

استطاعت النقابة أن تستجلب موظفى إدارة التراخيص من الوزارة ليقوموا بإنهاء الإجراءات فى النقابة تيسيراً على الأطباء.

(١) طلب استخراج ترخيص مزاولة المهنة: ويتم الحصول عليه من النقابة مقابل ١,٢٥ جنيه.

(٢) شهادة التخرج.

(٣) شهادة الامتياز.

(٤) إيصال سداد رسم القيد والاشتراك بالنقابة.

(٥) صور مختومة من الكلية.

(٦) شهادة المعاملة العسكرية (نسخة أصلية ولا تقبل صورة).

(٧) الحوالة البريدية.

(٨) تمغة فئة ٢٠ قرش.

(٩) دوسيه.

ملحوظة : تسلم الأوراق قبل الساعة ١٢ والاستلام بعد الساعة ١٢.

(جـ) جهة التكليف (الوزارة أو مديرية الشئون الصحية أو الشركة أو مركز البحوث)

المطلوب :

(١) شهادة الميلاد أو مستخرج رسمى منها.

(٢) شهادة التخرج.

(٣) شهادة الامتياز.

(٤) نموذج ١٠٣ ع.ح (عمل حكومى).

(٥) صورة البطاقة الشخصية أو العائلية.

(٦) عدد ٦ صورة ٤X ٦.

(٧) عدد ٣ استمارة ٦ تأمين ومعاشات

(٨) صحيفة الحالة الجنائية (فيش وتشبيه)

(٩) خلو طرف من بنك ناصر الاجتماعى

(١٠) ترخيص مزاولة المهنة

(١١) الموقف من التجنيد

(١٢) إقرار الذمة المالية

(١٣) عدد ٤ ملفات

(١٤) توقيع الكشف الطبى

(١٥) استمارات تعيين توزع بمحل العمل مجاناً

□

هذه صوة طبق الأصل من (الإرشادات) التى وزعتها النقابة العامة للأطباء.

هل لنا بعد كل ذلك أن نتأمل أثر هذا التزيد السخيف على عقلية الطبيب وهو فى مقتبل حياته وتعامله مع البيروقراطية لو أنه اتخذ من هذا السلوك مثلاً أعلى له فى أدائه الطبى، هل يُرجى من هذا الطبيب عندئذ أن يسرع فى خطوته حين يعالج حالة قلب حرجة؟

هى يُرجى منه أن يتصرف بذكاء ؟

هل يرجى منه أن تكون فيه بقية من الخير؟

هل يُرجى منه أن يصدق المريض فى شكواه؟.

مع هذا فإن فى أطبائنا أملاً !!

هذا الأمل يأتى من الإكرام الإلهى الذى يكرمنا به الله سبحانه وتعالى من أجل الشيوخ الركع، والبهائم الرتع، والأطفال الرضع.

أليس الجهد - والإمكانات بالطبع - المبذول فى مثل هذه (الإرشادات) التى توزعها نقابة الأطباء هو الجهد المناظر لما تبذله الهيئات النقابية أو المهنية فى دول العالم المتقدم فى شرح وتبسيط طب الطوارئ (مثلا) لطبيب الامتياز وتدريبه عليه. ولهذا فإن طبيب الامتياز فى مصر سوف يكون مسئولا عن إجراءات ليس إلا، عن عد وحصر ورق التمغة وصور البطاقة الشخصية، وشهادات استمارات تغيير البيانات فى البطاقة.. إلخ.. بينما يكون زميله الأوربى على دراية ومعرفة بما يجب عليه أن يفعل مع الغريق على شاطئ البحر حتى يأتى الاسعاف، ومع الحريق، ومع العمود الفقرى المصاب بكسر.. ومع حالات الصدمة المخية الوعائية والغيبوبة السكرية واحتشاء القلب.. إلخ.

والمسألة فى النهاية ليست إلا بديلا من اثنين أو أكثر، بطريقة إما وإما، فإما هذه الإجراءات التى أصبحنا نعبدها مع أننا موحدون ومؤمنون بالله. وإما العمل الذى نهمله مع أننا إليه محتاجون !!

الفصل العشرون

فى تكريم شباب الأطباء

اسمحوا لى أن أقتطع من أوقات حضراتكم جميعا أربع دقائق لأتحدث عن أربع دقيقات :

الدقيقة الأولى : عما تختلج به النفس حين يخلو إليها صاحبها، بعد أن يجد شخصه ينال صورة أو أخرى من صور التكريم، فيحس عندئذ أن جهده فى حياته لم يذهب هدرا، ويستشرف غده بروح الرضا عن أمسه، ويصبح حاضره حلقة تصل جهد الماضى بيقين المستقبل، وتتفاعل ساعتئذ نغمتان لنعمتين من أعظم نعم الله : نعمة الأمل، ونعمة الألم، إذ يجد المرء نفسه بين أمل فى المستقبل بعثه التكريم، ينسيه كل الآلام التى مر بها، وهو يغالب المصاعب التى واجهته حتى استحق أن يكون هنا.

أما أهمية التكريم فى حياة الناس بعد أن يصلوا إلى الشاطئ فلاتصبح لطوق النجاة قيمة (وهو وصف الكاتب البريطانى الكبير لجائزة نوبل) فقد أكدته لنا الطبيعة البشرية منذ آلاف السنين حين قال الشاعر الاغريقى :

---

* هذه هى الكلمة التى القاها المؤلف فى يوم الطبيب الشاب ٢٩ يناير ١٩٨٧ بالنيابة عن الأطباء المكرمين.

أحسنوا إلىّ ما دمت حيا

أما أن تسقوا التراب الذى أتوسده خمرا

فإن هذا يجعل التراب طينا.. على أن الميت لا يشرب الخمر

الدقيقة الثانية : هى توجيه التقدير إلى الجمعية التى أتاحت لنا هذه الفرصة اليوم، ولى أن أضاعف الشكر لأنها منحتنى شرفين : شرف التكريم وشرف التعبير، غير أنى أود أن أنتقص من الشكر بعد مضاعفته قدرا يوازى شعورى بالظلم حين عُهد إلىّ بإلقاء هذه الكلمات منذ ساعات معدودة فقط فلم يكن فى وسعى أن أجعلها أعظم من حالها المتواضعة الآن ، وفى هذا الصدد يجد المرء نفسه فى حيرة بين تحفظ وتحفز، تحفظ يقول إنه لا شكر على واجب، وتحفز يعبر عنه الفهم العميق لمعنى الواجب فى الشرع الإسلامى، وهو معنى دلّ اختلاف الفقهاء فى تعريفه على قدرة الشرع على احتواء ظروف الناس، ولو كان الواجب فرضا فهو شأن التكريم فرض كفاية، قامت به هذه الجمعية اليوم عن مجتمعنا كله فسقط الإثم عن الباقين، وأياً ما كان الأمر فقد اتفق علماؤنا على أن ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب.. وهى قاعدة فقهية بدأت تجد أقوى صدى لها فى أحدث نظم العلاج الطبى التى وجهت اهتماما متزايدا فى السنوات الأخيرة إلى كل ما هو مواز للعقاقير والجراحات، وفيما قبلها وبعدها، وأظن أنكم تشاركوننى الرأى أيها السادة أن الواجب الذى بدأته الجمعية قد لا يتم إلا بشكرها على قيامها به مع أنه واجب !! وقد علمنا القرآن الكريم أن الحق سبحانه وتعالى قد أردف رضاه عن عباده برضاهم عنه : ﴿ إن الذين آمنوا وعملوا الصالحات أولئك هم خير البرية. جزاؤهم عند ربهم جنات عدن تجرى من

تحتها الأنهار خالدين فيها أبدا رضى الله عنهم ورضوا عنه ذلك لمن خشى ربه ﴾.

الدقيقة الثالثة : (وهى من دقائق زمن كانت فيه الدقيقة مائة ثانية) أن أذكر أن هذه الجمعية كرمت كل الأطباء من قبل (إذ ليس التكريم مقتصراً على مثل هذا الذى نحن فيه اليوم فحسب) حين فتحت لهم أبواباً كثيرة من الخدمات التى لم تكلف الدولة ولا الجمعية نفسها شيئا، إلا أن تنقل إلى مصر نمطا من أنماط تيسير الخدمات على الناس بتقسيط أثمانها.. وهو الأمر الذى امتن له الأطباء، وتأكد به عندهم شعور الانتماء لهذا الوطن الذى هيأ لهم التيسير والتقسيط لا لشىء إلا لأنهم هنا، ولا لشىء إلا ليكونوا هنا، وهو معنى جدير بالإفادة منه فى توجيه حلولنا لكل مشكلاتنا، وقد علمنا علم الاقتصاد أن مشكلة الطبيب الشاب تكمن فى عجزه عن تمويل التكلفات الابتدائية اللازمة لتحقيق فرصة فى المشاركة فى أداء الخدمة الطبية التى تتحول فى المجتمعات التى رزقها الله نعمة التخطيط إلى ثانى أعظم فرصة للاستثمار بعد التعليم، فإذا نجحنا حكومة وشعبا فى تمويل الأطباء على نحو مدروس ومتسق مع الظروف الحقيقية لهذا الوطن، فإننا عندئذ نكون قد نجحنا فى كثير ليس أوله الإفادة من هذه الطبقة التى جاءت نظم تنسيق القبول فحولتها من أكثر الناس درجات فى التعليم العام فى نهاية المرحلة الثانوية إلى طائفة من أقل الناس دخولا وأملا بين خريجى الجامعات، وليس آخره الإفادة من القوى البشرية فى استثمار الأموال المتدفقة من بحور التضخم إلى محيطات الاستهلاك، إفادة للبشر وبالبشر بحيث يتحول وقت وجهد الشباب (بل يتمول) إلى شىء منظور القيمة فتتحول صحراؤنا إلى شىء آخر.. والنقود إلى شىء آخر..

والكلمات إلى شىء آخر.. والأمانى الطيبة إلى شىء آخر.. ما هو هذا الشىء الآخر.. إنها أشياء لا تشترى !!

الدقيقة الرابعة : أن أتوجه إلى الندوة التى تعقب هذا الحفل لتناقش قضايا الطبيب الشاب ومشكلاته بالتذكرة أن الحلول الجزئية قد تكون هى الأجدى أحيانا.. فقد أصبحنا فى مصر نتسابق حين نعد توصيات مؤتمراتنا فى الوصول اللفظى إلى الكمال.. الكمال اللفظى.. وقد قيل أنه إذا أردت أن تطاع فأمر بما يستطاع.. وعندى أمل فى أن أطباء مدرسة اليوم الذين أصبحوا يؤمنون بالاتجاه الجديد فى التقليل من الأدوية بفضل تقدم الفحوص المعملية ووسائل التشخيص سوف يكونون قادرين على أن يركزوا فى توصياتهم على ثلاثة عقاقير فحسب، وعندئذ فلن يجد الدكتور رئيس الوزراء الذى يرعى حفلنا هذا صعوبة فى أن يدفع ثمن الروشتة.. وقد لا يكون الدفع نقدا، وإنما يكفينا توقيع كريم.

الباب السابع

الصحة والمجتمع

الفصل الحادى والعشرون

الدين والمرض

مع تقدم العلم بتقدم الزمن، تتكشف للناس كثير من الحقائق التى تدعم آراء المدافعين عن الأحكام الدينية والداعين لها بأنها تتسق مع النفع العام والنفع الخاص للبشر والإنسان.

فعن قريب قرأ الناس جميعا نتائج رسالة الماجستير التى أجراها أحد الزملاء فى المعهد العالى للصحة العامة بجامعة الإسكندرية وتوصل فيها إلى أن مجرد الاستنشاق فى الوضوء (وحده) يتيح القضاء على عديد من الكائنات البكتيرية التى تتجمع فيما بين وضوء وضوء.

ومنذ فترة قصيرة سمع الناس بنتائج ذلك البحث الأوربى الذى درس الطفيليات فى لحم الخنزير، وكيف أن هذه الطفيليات تنتشر فى هذا اللحم حتى لو لم يُرب الخنزير على القاذورات (فى المزارع مثلا) ، وكيف أن نسبة الوفيات من مرض معين ترتفع بين أكلة لحوم الخنزير (من بين المصابين به) عنها فى أولئك الذين لا يتعاطون لحوم الخنزير.

من جهة ثالثة فإن العاملين فى تخصص الجهاز الهضمى لا تنقطع عنهم أبدا مشاهدة نتائج وآثار تعاطى الكحوليات على الكبد.. فالعينات الباثولوجية اليوم تتيح لهم أن يروا الآثار المدمرة لهذه العادة فى أكباد مرضاهم قبل أن يصل الأمر إلى مرتبة الإدمان.

وكتب الطب التى يدرسها طلاب مرحلة ما قبل البكالوريوس تشير فى أول بعض المواضيع (كسرطان القضيب) إلى ندرته المطلقة بين المسلمين واليهود الذين يقومون (أو يقوم لهم أهلهم) بعملية الختان.. وعملية الختان هذه واقية جدا من كثير من الأمراض وبخاصة الخبيثة.

ولعل مرض الإيدز (AIDS) الذى انتشر فى العامين الماضيين فى الولايات المتحدة الأمريكية، وهياتى، بصورة ملفتة للنظر، من أبلغ الأدلة على أن مخالفة الممارسات والسلوك القويم (فضلا عن أنه ابتعاد عن التعليمات الدينية) لن تنتهى أو لن تمضى بدون ذلك المردود «الدنيوى» أو الوقتى» من العقاب الإلهى فى بعض الأحيان.

* * *

ويكاد المتأمل للآية الثالثة من السورة الخامسة (سورة المائدة) وهى آية الأطعمة المحرمة أن يتبين فى أغلبها مانعا طبيا (وهى ثمانية موانع من إجمالى أحد عشر) (قد لا تكون صورة المنع الكاملة واضحة أمام أعيننا.. أو أن تكون معلوماتنا عنه قابلة للزيادة فى المستقبل).

﴿حُرِّمَتْ عَلَيْكُمُ الْمَيْتَةُ وَالدَّمُ وَلَحْمُ الْخِنْزِيرِ وَمَا أُهِلَّ لِغَيْرِ اللَّهِ بِهِ وَالْمُنْخَنِقَةُ وَالْمَوْقُوذَةُ وَالْمُتَرَدِّيَةُ وَالنَّطِيحَةُ وَمَا أَكَلَ السَّبُعُ إِلاَّ مَا ذَكَّيْتُمْ وَمَا ذُبِحَ عَلَى النُّصُبِ وَأَنْ تَسْتَقْسِمُوا

بِالأَزْلاَمِ ذَلِكُمْ فِسْقٌ الْيَوْمَ يَئِسَ الَّذِينَ كَفَرُوا مِنْ دِينِكُمْ فَلاَ تَخْشَوْهُمْ وَاخْشَوْنِ الْيَوْمَ أَكْمَلْتُ لَكُمْ دِينَكُمْ وَأَتْمَمْتُ عَلَيْكُمْ نِعْمَتِي وَرَضِيتُ لَكُمُ الإِسْلاَمَ دِينًا فَمَنِ اضْطُرَّ فِي مَخْمَصَةٍ غَيْرَ مُتَجَانِفٍ لإِثْمٍ فَإِنَّ اللَّهَ غَفُورٌ رَحِيمٌ﴾

(من سورة المائدة : الآية رقم ٣)

بالإضافة إلى هذا تأتى ثلاثة مواقع ترتبط بحكمة التوحيد وضرورته.. ولعل هذا المثل الذى سنوضحه بعد قليل يؤكد لنا أن فى الأوامر الإلهية ذلك الاجتماع بين أمور فيها النفع الدنيوى وفى تركها انتفاؤه، وأمور هى من صميم التوحيد.. ودعنا من ذلك التعبير الصحيح لغة وإن لم تكن فيه تلك الروحانية أقصد اصطلاح العبادات أوالفروض.. «التحكمية».

من المعانى التى يجب أن نقف عندها بإمعان وتدبر شديد أن تكون آية المحرمات هى الآية التى آخرها هو آخر ما نزل من القرآن وكأنما تمت النعمة وأصبح الدين كاملا، جامعا مانعا ليس فيه ما يأخذه عليه الكفار ﴿اليوم يئس الذين كفروا من دينكم فلا تخشوهم واخشون اليوم أكملت لكم دينكم وأتمت عليكم نعمتى ورضيت لكم الإسلام دينا ﴾.

على أن من الطريف الذى لا ينبغى للمرء أن يمر عليه مّر الكرام، وإنما ينبغى له أن يتأمله أن الأسماك استثناء من الميتة.. وذلك لطبيعة هذا الطعام الذى تزهق روحه بعد أن يخرج من الماء الذى هو حياته.. وفى ذلك تورد كتب الحديث حديثا للنبى صلى الله عليه وسلم (وهنا يتضح المعنى الفقهى الذى نعرفه جميعا من أن السنة تفصل وتضيف إلى القرآن) أحلت

لكم ميتتان ودمان.. والدمان هما الكبد والطحال.. ومع أنهما فى التعبير الدقيق ومع وجود أسماء خاصة لهما قد لا يكونان كذلك إلا أنهما فى التعبير العام أقرب ما يكونان إلى ذلك.

على أن كل هذا يهون بجانب الناحية النفسية من بناء الإنسان المريض والسوى (على حد سواء).. فالإيمان وهو المعنوى فى جانبه الأكبر، النفسانى فى تعاملاته، الروحانى فى طبيعته - يتعامل بالطبع مع هذا الجانب أكثر مما يتعامل مع الجانب المادى - فإن لم يكن كذلك، فليس بأقل!!

والذين يريدون أن يدرسوا أثر الإيمان على باثولوجية الأمراض لن تضطرهم الدراسة إلى أكثر من أن يتأملوا بعمق أو بتحليل صادق حياة الناس من حولهم وأن يحيطوا بالتاريخ المرضى لهذه الحالات التى يمكن لهم أن يلموا بتاريخها المرضى على نحو جيد، ولكنهم مع هذا قد يجدون الحقيقة أنصع، وأوضح حين تتاح لهم الفرصة ليلمسوا طبائع الحياة والأحياء فى بلد يتميز بذلك التفاوت الواضح فى الطبائع والسلوك كالولايات المتحدة الأمريكية. وهو لحسن الحظ بلد يُعنى بدراسة كل التأثيرات المحتملة للعوامل المختلفة

وعلى سبيل المثال فإنه إذا كان تعبير «الخوف» فى معناه الأوسع والأدق (معا) يشير إلى المعنى المقابل للأمن.. والأمن النفسى بصفة خاصة فلعلنا نستطيع إذاً أن نطمئن إلى صدق فهمنا لقوله تعالى : ﴿ولنبلونكم بشىء من الجوع والخوف...﴾ الآية.

وقد لا يكون من المستساغ أن نخلط بين الأمراض العضوية والأمراض الاجتماعية، ولكن الذى لا شك فيه أننا لا نستطيع أن نفصل أمراض النفس عن الأمراض العضوية، فإذا كان من شأن الأمراض النفسية أن تكون أعراضها فى الغالب أمراضا اجتماعية فذلك شأنها الذى يزيد من خطورتها.

وإذا كان للدين هذا الدور الواضح.. فلماذا نقول له (فى بعض الأحيان): لا؟

الفصل الثانى والعشرون

مستقبل الطب الإسلامى

من حسن الحظ أن أوطاننا الإسلامية على وجه العموم قد خطت خطوات واسعة فى مجال الخدمات الطبية فى السنوات القليلة الماضية، وقد استطاع المسلمون المحدثون أن يلتفتوا بكل ما أوتوا من قوة التنبه إلى أهمية تطوير الخدمات الصحية بالقدر الذى يتناسب مع النهضة العامة التى شملت كثيراً من المرافق ، ولعل التقدم الذى أصابه هذا المجال يعد من أبرز الوجوه الدالة على نجاح المسلمين فى الإفادة مما أتيح لهم من ثروات فى الحقبة الأخيرة .

وربما لا ترضى هذه المقدمة أولئك الذين يؤثرون أو يستعذبون ظلم أنفسهم وغمطها حقها بالإكثار من الحديث عن العجز العربى والإسلامى، والفشل العربى والإسلامى، وما إلى ذلك من تعبيرات قد تكون محل قبول أو رضا أو تسليم أو خلاف فى باب السياسة، ولكنها لاينبغى أن تكون محل نقاش فى مجال الخدمات الصحية ، ومع هذا فان البعض يرى أن الانجاز الذى تحقق فى هذا المجال ليس إلا من ذلك النمط الذى تم فى مجالات أخرى : أى أنه إنجاز تشييدى يتمثل فى مبانى وعقارات فحسب، وقد يكون فى بعض هذه المبانى أو فيها كلها أجهزة ، ولكن ما جدوى الأجهزة التى

ستصبح يوما ما متخلفة عن الأجيال الجديدة من الأجهزة، وما جدوى كل هذه والأطباء ومساعدوهم الذين يعملون وراء هذه الأجهزة ليسوا من أبناء البلد ؟ وما جدوى كل هذا ، والعلم نفسه لم يصبح وطنيا بعد ؟

وكل هذه الملحوظات اعتراضات منطقية بلا شك ، ولكن المنطق السليم يأبى أن يكون مثل هذا التفكير بمثابة الفكر الأصح أو الأكثر واقعية فيما يتعلق بالتقدم الطبى..(ذلك أن الحقيقة الناصعة هى أن الطب وغيره من العلوم التطبيقية أو الفنون الإنسانية المستندة إلى أصول علمية قوية)، قد أصاب من التقدم ما أصبح معه أمر بناء طب وطنى جديد بمثابة أمر مستحيل ما لم تكن الخطوات فى سبيل (إنشاء) هذا الطب واسعة ومتناسقة فى جميع الاتجاهات.

ومن المستحيل كذلك أن يبدأ إنجاز التقدم فى الطب بالاعتماد على التعليم الطبى وحده فمثل هذا التعليم مهما ارتفع شأنه وتكللت جهوده بالتوفيق لن يخرّج إلا أطباء فحسب!! ولن يتحقق للمجتمع من خلاله خدمة طبية ممتازة بأية حال من الأحوال، ومن المستحيل ثالثًا أن نعتمد على أطباء فى مستشفيات غير كاملة التجهيز، وسوف يصبح البديل أن يكون كل نجاح هذه المستشفيات مقتصرا على كتابة تقارير يُحول بها المرضى إلى مستشفيات أخرى (فى الخارج) تتولى علاجهم .

وقد أصبح من الصعب المطلق (إن جاز هذا التعبير) أن يقتنع مريض مهما قل شأنه الاجتماعى بالاكتفاء من العلاج بحد أدنى مادام أنه قد سمع عن مستويات أفضل من العلاج، ولا يزال المريض وأهله يبحثون فى كل الاتجاهات ويسلكون كل الطرق لإتاحة الخدمة الطبية الممتازة لمريضهم أو ليصلوا إليها.. ومع الانتشار المرعب فى الإعلام بعد ثورته القوية الشاملة الممتدة فإنه لم يعد

من الممكن أن تصبح إمكانات الطب المتجددة سرا معزولا بعيدا عن آذان الناس أو أعينهم ومن ثم قلوبهم وعقولهم وقرارتهم وسعيهم !!

وإذاً فإنه يمكننا الآن أن نقدر قيمة الخطوات الواسعة التى اتخدتها بعض بلادنا الإسلامية (وبخاصة فى الخليج العربى) فى اتجاه الإكثار من بناء المستشفيات وتزويدها بالمعدات الطبية المتطورة وأن ندرك أن هذه الخطوات لم تكن أبدا من باب إلقاء المال فى البحر و ،لكنها كانت من باب إلقاء البذور فى الأرض الخصبة.

ويعتمد نجاحنا فى هذا المجال فيما بعد ذلك، أى من الآن فصاعدا على قدرتنا على توفير الاحتياجات الأخرى من البناء الطبى، وهى تلك المتعلقة بالبناء الطبى الطويل الأمد أى بناء الموارد البشرية أو الأفراد الطبيين من أطباء وممرضات ومساعدين وفنيين ، وبناء الخبرة ذاتها.

وعلى عكس ما قد يتصوره الناس فى أنديتهم فإن الإبطاء فى هذه الاتجاه من البناء الطبى ربما يكون خيراً من التعجيل ، وخير كذلك من الإسراع.. وقد أنعم الله على الدول الإسلامية بتوافر ما ينقص بعضها فى البعض الآخر، فإذا لم يكن من الممكن تفعيل التكامل الإسلامى فى هذا الميدان فعلينا جميعا العفاء، ولكن الأنصاف يقتضينا أن نذكر أن بذور هذا التكامل موجودة والحمد لله.

ويرتبط بهذا المعنى أن نفهم أن الإنجاز الحقيقى فى مجال إعداد الموارد البشرية لايمكن قياسه بعدد مَنْ يتخرجون فى معاهد العلم الطبية ، وإن كان هذا فى حد ذاته إنجازاً جديراً بالتقدير فى بعض الأحيان، ولكن الكفاية التى يتمتع بها هؤلاء هى العامل الحاسم فى صنع المستقبل الطبى الحقيقى.

ولا يمكن لنا أن نعتبر أن الكفاية فى هذا المجال يمكن أن تقتصر على المستوى الذى تخرج به الطبيب (أوغيره من أفراد المجتمع الطبى) من كليته، ولكن الكفاية الحقيقية لابد أن تتمثل فى قدرة هذا الطبيب على النهوض بالطب، كخدمة ، وكمهنة ، وكعلم، وليس معنى هذا أن نطلب من كل طبيب إنجازا جديداً يضاف إلى العلم، ولكن معناه أننا نريده قادراً على تطوير مستواه، وتحديث معلوماته، والارتفاع بكفايته بحيث يكون مستواه فى الغد أفضل من مستواه فى هذا اليوم، وأن يكون مستوى الخدمة المتحققة على يديه فى الغد قريبا إن لم يكن مساويا وإن لم يكن متفوقا على الخدمة المتاحة فى الأماكن الأخرى من المجتمع المتقدم.

وهكذا نستطيع أن ندرك أنه ليس من السهولة إحراز هذا المستوى فى كليات الطب وحدها، ولكن التعليم الطبى المستمر سوف يكون يومها جزءا أساسيا من تكوين الطبيب المسلم، وعلى مدى نجاحنا فى (إدماج) التعليم الطبى المستمر فى كل من نظامنا التعليمى والمهنى (أى على مستوى الجامعات وبنفس القدر على مستوى نقابة الأطباء ووزارة الصحة المسئولة عن الممارسة الطبية فى مجملها كما اقتضى العرف الدولى) يكون نجاحنا فى إعداد هؤلاء الأفراد الطبيين.

إن من المؤسف أننا فى بعض البلدان الإسلامية حتى اليوم لم ننتبه بتشريعاتنا إلى أهمية الفصل بين شهادة العلم وشهادة الممارسة، فنحن نكتفى لمنح ترخيص مزاولة المهنة بحصول الطبيب على شهادة التخرج.. ثم إننا لا نهتم بأن نراجع هذه التراخيص طوال حياة الطبيب أبدا.. وهو تقليد خطر ولا يبشر بخير، ولا يتفق أبدا مع روح ديننا الحنيف التى تدعو الدولة إلى ممارسة مسئوليتها فيما يتعلق بحماية مواطنيها من الضرر والضرار.

ولعل هذه النقطة من أهم النقاط التى ترتبط بتصورنا للطب الإسلامى، فالمجتمع الإسلامى فى حقيقته أو فى صورته المثلى مجتمع مسئول، كما أنه مجتمع قيم يحرص عليها بل يذود عنها، ويقيم نظامه على دعائمها، ويؤكد وجودها بين أفراده.

وما لم يُعن نظامنا الطبى فى المجتمعات الإسلامية بالإعلاء من قيمة هذه القيم، فلن يكون بوسعه أن يجنى الثمار التى يتمناها منها.

* * *

ربما يقودنا هذا إلى نقطة ثانية لا تقل أهمية،وهى الحقيقة المرتبطة بأن الخدمات الطبية إذا ما ارتبطت بعمليات التجارة أو بعبارة أخرى بالمعاملات المالية فإنها تستلزم قدرا ضخما من يقظة الضمير، ذلك أنها تمثل الاستثناء الصارخ من مبدأ العرض والطلب الذى تقوم عليه دينامية الاقتصاد المعاصر !!

ولتبسيط ذلك نستطيع أن نقول إن عنصر الطلب لا يلعب أى دور فى عملية اقتصاديات الطب عند الطبيب الذى نثق فيه والذى يقول لنا بعد إجراء الكشف الطبى إن هذا التحليل مطلوب، هل يخطر ببالنا أن نعارضه فى هذا ، ولو كنا أطباء، الواقع أننا لا نعطى أنفسنا حق المعارضة أو التحكم فيما يطلبه الطبيب وبخاصة من الفحوص والاستطلاعات.. قد نساومه فى أتعابه من باب العشم أو المساومة فى الأتعاب، وقد تكون هذه محل تفاوت، وقد تختلف أسعار الخدمات الطبية من مكان إلى مكان، ولكن الأمر المؤكد أننا لا نعبث أبدا ولن نعبث أبدا بالبنود التى يضعها الطبيب فى خطته من أجل التشخيص أو العلاج. وهذا بالطبع أمر يستلزم كثيراً من تقدير "مقابل الثقة" على الجانب الآخر .

نحن لا نستطيع أن ننكر أن مجتمعات كثيرة قد بدأت تجأر بالشكوى من إمكان الإساءة إلى الخدمة الطبية وإلى الإنسانية التى فيها من هذا الطريق القائم على استغلال الثقة فى غير ما منحت من أجله ، ولا أنكر أننا فى مصر قد بدأنا فى بعض الأحيان نتململ من بعض تصرفات غير مسئولة فى هذا الاتجاه، ومع هذا فانى أحب أن أحذر بصوت عال من أن الدخول أو التدخل فى هذه الناحية بأى تشريع أو تصرف إدارى لن تكون نتيجته إلا طامة كبرى. على حين أن البديل الأفضل لايزال متمثلاً فى قيم الإسلام التى تستبقى للمجتمع الإسلامى كل العواصم والموانع التى تحقق سلامة التصرفات الطبية وبراءتها من مثل هذه الشبهات.

ولا تزال هنا جوانب أخرى.

الباب الثامن

مؤسسات التعليم الطبى

الفصل الثالث والعشرون

العلاقة بين وزارة الصحة ومؤسسات التعليم الطبى

ربما يجدر بنا أن نبدأ بمقدمة تاريخية قصيرة .

حين صـــدرت الطبـعـــة الأولى من هذا الكتـاب لم يكن قـد ولى وزارة الصحة من عمداء كليات الطب على مدى تاريخها الطويل إلا خمسة عمداء فقط ثلاثة منهم هم عمداء قصر العينى الثلاثة الأوائل !!!

وهؤلاء هم العـمـيـد الأول الدكتـور على باشـا إبراهيم الذى عـمل وزيراً للصحة من ٢٨ يونيو ١٩٤٠ ـ ١٤ نوفمبر ١٩٤٠ و ١٤ من نوفمبر ١٩٤٠ حتى ٣١ يوليـو ١٩٤١ فى وزارة الائتـلاف التى تشكلت فى أوائل الحـرب العالمية الثانية حيث عمل على باشا إبراهيم وزيرا فى وزارات حسن صبرى باشا وحسين سرى باشا .

أما العميد الثانى لطب قصر العينى الدكتور سليمان عزمى فقد عمل وزيراً للصحة فى وزارات صدقى باشا (١٧ فبراير ١٩٤٦ حتى ٩ ديسمبر ١٩٤٦).

وكذلك العميد الثالث الدكتور إبراهيم شوقى بك تولى هذه الوزارة ثلاث مرات لفترات قصيرة :

□ المرة الأولى : فى وزارة حسين باشا سرى الرابعة وزارة الانتخابات، لمدة سبعين يوما تقريبا (٣ نوفمبر ١٩٤٩ - ١٢ يناير ١٩٤٩)

□ المرة الثانية : فى وزارة على ماهر باشا التى أعقبت حريق القاهرة ولمدة خمسة وثلاثين يوما تقريبا (٢٧ يناير ١٩٥٢ - أول مارس ١٩٥٢).

□ والمرة الثالثة والأخيرة : فى وزارة على ماهر باشا التى تشكلت عقب قيام الثورة ولمدة خمسة وأربعين يوما تقريبا (٢٤ يوليو ١٩٥٢ - ٧ سبتمبر ١٩٥٢)، ومنذ ذلك اليوم لم يتول وزارة الصحة عميد من عمداء طب قصر العينى .

أما عميد الطب الرابع الذى تولى وزارة الصحة فهو عميد طب الإسكندرية الدكتور محمود صلاح الدين بك وقد ولى الوزارة عشرين يوما هى مدة وزارة حسين سرى الرابعة (٢ يوليو ١٩٥٢ - ٢٢ يوليو ١٩٥٢).

وفى عهد الرئيس السادات تولى عميد طب الإسكندرية الدكتور أحمد السيد درويش وزارة الصحة فى رابع آخر وزارات الدكتور فوزى مابين ١٩ سبتمبر ١٩٧١ وأول يناير ١٩٧٢.

ومنذ صدرت الطبعة الأولى لهذا الكتاب لم يزد على هؤلاء إلا الدكتور على عبد الفتاح عميد طب عين شمس الذى تولى وزارة الصحة فى وزارة الدكتور عاطف صدقى الثالثة (فقط) ما بين أكتوبر ١٩٩٣ ويناير ١٩٩٦.

وهكذا فإن الكلية الأولى قدمت ثلاثة عمداء لمنصب وزير الصحة، أما الكلية الثانية فقدمت عميدين، وأما الثالثة فقدمت عميداً واحداً.

وربما ينظر إلى قصر المدد التى قضاها هؤلاء العمداء فى منصب الوزارة على أنه أبرز الأسباب التى حالت بينهم وبين تحقيق قدر مطلوب أو متوقع من النجاح فى توظيف التعليم الطبى من أجل تعاون أكثر إنجازاً مع قطاعات الخدمات الصحية، وربط مؤسسات التعليم الطبى بمؤسسات

الخدمات الصحية علي نحو كان من الممكن أن يثمر ثمارا واضحة فى نظامنا الطبى كله، ومن المؤكد أن الحساسية التى واجهت أساتذة الجامعة الذين تولوا وزارة الصحة فى السبعينيات فيما يتعلق بنقل تبعيات المستشفيات العامة إلى الجامعة للمساعدة فى نهضة كليات الطب الإقليمية الجديدة لم تكن إلا صورة من الآثار البعيدة لانعدام صلة الرحم بين مؤسسة التعليم الطبى ومؤسسة الخدمة الطبية العامة، أو على الأقل ما يعبر عنه العامة بقولهم «انعدام الدلال»، وبحيث أصبح من الأفضل للأستاذ الجامعى الوزير أن يفخر بأنه لم يتنازل عن شىء من ممتلكات وزرة الصحة، كأنما الأمر يتعلق بأوقاف وأبعاديات فى حين أن ذات المنشأة الأقليمية قد تدر على المجتمع عائدا علاجيا وبحثيا وتعليميا أكبر حين تنضم إلى الجامعة بكوادرها وخدماتها واستقلالها ونظمها، وهو ما يتوافق بصورة أفضل مع ما هو مطلوب من الرعاية الصحية فى مستوياتها المتقدمة.

ومع هذا كله فإن كثيرا من الفضل فى نشأة وازدهار كلية اقليمية مثل كلية طب الزقازيق يعود إلى ذلك التفهم الذى أبداه وزير صحة عظيم الشأن هو الدكتور عبده سلام الذى تفهم حاجة الكليات الناشئة إلى مستشفى تعليمى، وإليه أيضا يرجع الفضل فى المستشفى التعليمى لكلية طب بنات الأزهر على حين واجهت كلية طب بنها التى نشأت فى جامعة الزقازيق نفسها صعوبة بالغة فى الانتفاع بمستشفى بنها التعليمى، ونفس الوضع فى المنيا.. بل وصل الأمر فى سوهاج إلى نزاعات قضائية وصلت الخصومة فيها إلى مراحل متقدمة من اللَّددَ والإلحاف فى الخصومة.. ومن اللافت للنظر أن الذين تبنوا وجهات النظر التى وقفت حائلا دون تحقيق التعاون المنشود كانوا أساتذة جامعيين مرموقين تولوا الوزارة بل

وقال أحدهم فى فخر شديد «إنه لايجب أن يترك وزارة الصحة وقد قصت لها بعض الأجنحة فى عهده!!»، أما آخرهم فقد أوصل الأمور إلى حدود لم يتصورها قانونى ولا إدارى.

والشاهد أن هذا الحديث قد يقودنا إلى جزئية مهمة فى فهم وظيفة وزارة الصحة نفسها وإلى وظيفة الكثير من مؤسساتها، ومن حسن الحظ أن الدولة قد تنبهت (وإن لم يكن بالقدر الكافى) إلى فكرة عملية من قبيل أن تكون وزارة الصحة وزارة دولة فحسب، وأن تترك أمور الخدمة الصحية والعلاج للحكم المحلى والمؤسسات المحلية الإقليمية وعلى رأسها بالطبع الجامعات الإقليمية التى هى بلا شك أقدر بكثير على إدارة وتشغيل المنشآت الصحية (القريبة منها) من الوزارة (المركزية) التى ينبغى أن تتفرغ للمهام الأجدى فى التخطيط والسياسات العامة، ومع هذا فإن وزيرا من أكثر وزراء الصحة مكانة علمية وجامعية كان حريصا بكل ما أوتى من قوة على السعى فى ضم مراكز البحوث الطبية التابعة لوزارة البحث العلمى أولأكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا إلى وزارة الصحة!

وربما أن طرح مثل هذه القضايا على مائدة البحث قد تواكب مع تعاقب مجموعة بارزة من أساتذة الجامعات مختلفى المذاهب والمشارب كوزراء مسئولين عن الصحة بعدما شهدت طيلة الستينيات استقرارًا نسبيًا بتولى الدكتور النبوى المهندس شأنها طيلة الفترة ١٩٦١ - ١٩٦٨.. وبعدما شهدت استقرارا آخر خلال الخمسينيات منذ قامت الثورة وتولى شأنها منذ سبتمبر١٩٥٢ الدكتور نور الدين طراف فالدكتور محمد محمود نصار، وهكذا فإن وزراء الصحة فى السبعينيات على الرغم من كفايتهم قد عانوا قبل غيرهم من قصر الفترات التى اتيحت لهم فى الوزارة بحيث يمكن

التماس العذر لهم فى عدم تحقيق إنجاز واضح.. ولكن المؤكد أنه فى مجال علاقة الوزارة بالجامعة كان الدكتور عبده سلام (وهو الذى لم يأت إلى الوزارة من كرسى الجامعة مباشرة كخمسة ممن خلفوه) أكثر الوزراء نجاحا فى تحقيق إنجاز حقيقى وهادئ على الرغم من أنه قد يبدو أنه تنازل عن ممتلكات وزارة الصحة !!!.

ولا ينبغى أن تفوتنا الإشارة إلى جهد الدكتور محمود محفوظ فى نشر وتطوير تعليم التمريض فى وزارة الصحة على نحو ممتاز ورائع، أو إلى حرص الدكتور إبراهيم بدران على إشراك الجامعة وهيئاتها فى لجان الوزارة والدراسات الكثيرة التى بدأتها.. أو إلى جهد الدكتور ممدوح جبر خلال تقلده المنصب الوزارى فى اتمام اتفاقية بناء مستشفى الأطفال التابع لجامعة القاهرة، وهكذا فإنه استطاع أن يضيف طاقة متميزة إلى مستشفيات الجامعات، أو إلى عزيمة الدكتور أحمد فؤاد محيى الدين فى إنشاء الهيئة العامة للمعاهد والمستشفيات التعليمية واستصدار الكادر الخاص بها، ولو أن هذه الهيئة لم تستطع أن تفرض نفسها بما هو متوقع فى مجال التعليم الطبى ، وذلك لأنها مُنحت الاسم من دون أن تُمنح سلطة منح (الترخيص) وهى ظاهرة لا تتسق أبدا مع البيروقراطية المصرية ومكانتها فى صياغة الواقع الاجتماعى المؤثر على مكانة التعليم.

ومع أنى أدرك أن علاقة الجامعة بالخدمة الطبية والعلاج الطبى أكبر من أن تناقش فى ظل تفكير الأفراد وسياساتهم وقراراتهم حتى لو كانوا وزراء، فإن الحقيقة مع الأسف تشير إلى أن كل مفردات هذه القضية لم تنشأ إلا كنتيجة مباشرة وغير مباشرة لقرارات هؤلاء الوزراء!! وتوجهاتهم..

ومع أننا لسنا مضطرين إلى مناقشة مدى مثالية (أو عدم مثالية) هذا

الذى حدث، فإنه ينبغى لنا أن ندرك حجم الخدمة الطبية التى تؤديها كليات الطب الإقليمية، ومقارنة تكلفة هذه الخدمة بتكلفة الخدمات التى تؤديها المستشفيات الأخرى !

وقد يدعونا هذا إلى التأكيد على مفهوم آخر لايقل أهمية وهو ذلك الذى يتعلق بالتأمين الصحى الذى تحول على أيدينا فى مصر من فكرة ومبدأ إلى مؤسسة !! وبحيث أصبحت كلمة التأمين الصحى فى مصر تنصرف إلى مؤسسة ومستشفيات وبيروقراطية ومجلس إدارة! فى حين أنه من المفترض أن يكون فكرة ومنهج وأسلوب تقديم خدمة ، ومن الطبيعى أن تقوم بهذه الخدمات التأمينية مستشفيات الجامعات أيضا. ولكن التأمين الصحى فى مصر تحول إلى مؤسسة تضم أطباء يعملون فى إطارها فحسب، وربما لن يعمل غيرهم فى إطارها!! وليس معنى هذا أن أساتذة الجامعة وإخصائيو وزارة الصحة لايشاركون فى العملية التأمينية ولكن مشاركتهم قليلة، ولا تتم من خلال مستشفياتهم وانتماءاتهم وإنما هى تتم بصفتهم الشخصية وعن طريق التعاقد المباشر .

الفصل الرابع والعشرون

توزع التخصصات والأقسام في كليات الطب (١٩٨٧)

على حين نجد أقسام معظم الكليات الجامعية (كالآداب والتجارة والحقوق والهندسة) فى مصر متقاربة إلى حد كبير، فإن الحال فى كليات الطب يبدو غير ذلك للنظرة الأولى حيث نجد أعداد هذه الأقسام متفاوتة من كلية إلى أخرى، كما نجد أسماءها أيضاً مختلفة تماماً، ونجد أسماء هنا وأسماء هناك، كما نكتشف غياب بعض الأسماء وهكذا.. ولكن حقيقة الأمر أن الأقسام فى هذه الكليات هى هى مع اختلاف فى الاندماج أو الاتحاد بين بعض الأقسام بعضها وبعض، تماما كما يحدث فى التشكيلات الوزارية حين نجد وزيرا للتعليم يتولى وزارتى التربية والتعليم والتعليم العالى (كالدكتور أحمد فتحى سرور فى وزارة عاطف صدقى، وعلى حين يتولى وزير آخر هو الدكتور عادل عز البحث العلمى)، أو وزيرا للتعليم العالى والبحث العلمى (كالدكتور فتحى محمد على فى وزارة الدكتور على لطفى وعلى حين يتولى وزير آخر هو الأستاذ منصور حسين التربية والتعليم)، أو وزيرا للتعليم والبحث العلمى والثقافة أى أنه يتولى أربع وزارات (كالدكتور حسن إسماعيل)، أو وزيرا للتعليم والبحث العلمى (كالدكتور مصطفى كمال حلمى بعد أن تجمعت هذه الوزارات الثلاث

عنده)، أو أن يكون هناك لكل وزارة من الوزارات وزير مختص بها وحدها كالحال فى وزارة على صبرى عام ١٩٦٤.

ومثل هذا فى وزارات الصناعة، والبترول، والثروة المعدنية، والكهرباء أو النقل والمواصلات والنقل البحرى..... الخ.

تتكرر هذه الصورة هى تقريبا الصورة ذاتها فى أقسام كليات الطب حيث تتضم الأقسام على مستوى الرئاسة.. من دون أن يعنى ذلك ذوبان التخصصات فى بعضها، وبحيث يظل واضحا للعاملين فى الحقل الطبى أن مسألة (الانضمام) ليست إلا مسألة جزئية إدارية فقط.

وقد نص قانون الجامعات الصادر عام ١٩٧٠ على أن يكون هناك ما يسمى بنائب لرئيس القسم لشئون التخصص، فى الأقسام الكبيرة التى تضم عددا من التخصصات، وأن تكون لهذا النائب نفس صلاحيات رئيس القسم فيما يتعلق بالتخصص الذى يمثله، ومع أن هذا النص لا يطبق بصورة روتينية سواء فى استصدار هذا القرار وإضفاء هذا الاسم فإنه فى الواقع فى كليات الطب مطبق تماما، وبقواعد العرف.

وتتباين التقسيمات المختلفة لكليات الطب المصرية، فى عددها، وفى طريقة التقسيم من كلية إلى أخرى ، ولنبدأ بذكر عدد الأقسام العلمية فى كل كلية من كلياتنا المصرية.

جدول رقم ٣٩ : عدد الأقسام العلمية فى كليات الطب المصرية (١٩٨٧)

(١)	طب القاهرة	٢٠ قسما
(٢)	الإسكندرية	٢٠ قسما

(٣)	عين شمس	٢٨ قسما
(٤)	أسيوط	١٨ قسما
(٥)	طنطا	٢١ قسما
(٦)	المنصورة	٢٠ قسما
(٧)	الأزهر بنين	٢٧ قسما
(٨)	الزقازيق	٢٣ قسما
(٩)	الأزهر بنات	٢٣ قسما
(١٠)	بنها	٢٢ قسما
(١١)	قناة السويس	١٣ قسما
(١٢)	المنوفية	٩ أقسام
(١٣)	المنيا	١٩ قسما

ومع أن الحد الأقصى لعدد الأقسام هو ٢٨ قسماً (كلية طب عين شمس) فإن القراءة التفصيلية لقائمة الأقسام فى الجامعات المختلفة تنبئنا بأن أقصى ما يمكن لكليات الطب المصرية تبعا لنظام التوسع فى اللوائح بناء على اللوائح السابقة للكليات الأخرى أن تصل إليه من أقسام هو ٣٣ قسما هى :

١ ـ ٨ : الأقسام الأكاديمية الثمانية .

٩ ـ الطب الشرعى

١٠ ـ الصحة العامة

١١ ـ الأشعة التشخيصية

١٢ ـ الأشعة العلاجية

١٣ ـ الباثولوجيا الإكلنيكية

١٤ ـ الجراحة العامة

١٥ ـ جراحة القلب والصدر

١٦ ـ جراحة المخ والأعصاب

١٧ ـ جراحة العظام

١٨ ـ جراحة المسالك البولية

١٩ ـ الرمد

٢٠ ـ الأنف والأذن والحنجرة

٢١ ـ النساء والولادة

٢٢ ـ الباطنة العامة

٢٣ ـ أمراض القلب والأوعية الدموية

٢٤ ـ الأمراض العصبية

٢٥ ـ الأمراض النفسية

٢٦ ـ الأمراض الصدرية

٢٧ ـ الطب الطبيعى

٢٨ ـ الأمراض الجلدية

٢٩ ـ الأمراض التناسلية

٣٠ ـ الأمراض المتوطنة

٣١ ـ التخدير

٣٢ ـ الأطفال

٣٣ ـ الممارسة العامة

وهذه الأقسام الثلاثة والثلاثون موجودة بالفعل الآن فى الجامعات المصرية، وإن كانت بعض الكليات تدمج أكثر من قسم فى قسم واحد، وبالتالى يكون عدد الأقسام فى كل كلية أقل من هذا الرقم، سواء قل هذا العدد إلى ٩ أقسام فقط كما فى المنوفية، أو إلى ٢٨ كما فى عين شمس.

ومع التطور الذى يتم حاليا فإن هناك إمكانية نشأة أقسام جديدة على النحو الآتى :

(١) قسم جراحة الأوعية الدموية، وهو يكاد يكون منفصلا فى إطار الجراحة العامة فى بعض كليات الطب، أى أنه يستقل بوحدة كاملة من

وحدات (أو أقسام) قسم الجراحة العامة، بل وفى المستشفى العسكرى !!

(٢) قسم جراحة الأطفال، وهو منفصل فعليا تماما فى قصر العينى وفى الإسكندرية، كما أنه منفصل على مستوى الأسرة المخصصة له والتى توجد فى مستشفيات الأطفال.

(٣) قسم الغدد الصماء : وفى طب بنات الأزهر طب عين شمس وحدات متخصصة، وأساتذة حريصون على تخصصهم فى هذا المجال، وقد ووفق لطب عين شمس على منح درجات علمية فى هذا المجال.

(٤) قسم أمراض الجهاز الهضمى.

(٥) قسم جراحة الجهاز الهضمى.

(٦) قسم طب الصناعات.

(٧) قسم السموم.

(٨) قسم جراحة التجميل.

(٩) ينقسم قسم الباثولوجيا الإكلينيكية والكيميائية إلى قسمين : الباثولوجيا الإكلينيكية والكيميائية.

(١٠) قسم أمراض الوراثة.

(١١) قسم جراحة الأورام.

(١٢) قسم السمعيات.

(١٣) قسم فسيولوجيا الجهاز العصبى.

(١٤) الرعاية المركزة (وفى قصر العينى مركز لرعاية الحالات الحرجة على أعلى مستوى من الكفاية والتنظيم).

(١٥) علم الخلية، وعلم الأجنة.

(١٦) طب المجتمع وطب البيئة.

(١٧) قسم الجراحة التجريبية : وقد كان هناك كرسى للجراحة التجريبية شغله الدكتور حسن على إبراهيم منذ ١٩٦٢ فى كلية طب قصر العينى، وكان هناك اهتمام مماثل بتخصص الباطنة التجريبية تولاه الأستاذ الدكتور عبدالوهاب الشيحى أستاذ الفسيولوجيا.

(١٨) قسم جراحة التجميل والحروق ...

* * *

على أننا قبل أن نمضى فى حصر طبيعة الأقسام التى يمكن لها أن تنفصل، لابد أن نطلع على التطور التاريخى للأقسام العلمية فيما مضى من تاريخ التعليم الطبى، وعلى سبيل المثال فإنه حتى عام ١٩٧٠ كانت أقسام كلية طب قصر العينى على النحو الآتى :

(١) الفسيولوجيا (ويشمل أيضا : الأقرباذين والكيمياء الحيوية).

(٢) التشريح والهستولوجيا.

(٣) البثالوجيا (ويشمل أيضا: البثالوجيا الإكلينيكية والكيمائية أيضا، والبكتريولوجى).

(٤) الصحة العامة والطب الوقائى وطب الصناعات.

(٥) الطب الشرعى.

(٦) طب الأمراض المتوطنة : ويشمل الأمراض المتوطنة والطفيليات.

(٧) قسم الأمراض الباطنة ويشمل الأمراض الباطنة، وأمراض القلب.

(٨) قسم الأمراض الباطنة الخاصة : ويشمل الأمراض الصدرية، والتناسلية، والعصبية، والجلدية، والصدرية، والنفسية..

(٩) قسم أمراض الأطفال.

(١٠) قسم الجراحة : ويشمل الجراحة التجريبية، وجراحة التجميل، والتخدير.

(١١) قسم الجراحة الخاصة : ويشمل المسالك البولية، وجراحة العظام وجراحة القلب والصدر وجراحة الأعصاب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة.

(١٢) قسم التوليد وأمراض النساء.

(١٣) قسم الرمد.

(١٤) قسم الأشعة : ويشمل التشخيص والعلاج بالأشعة.

وفى ١٩٨٦ فإن كلية طب قصر العينى أصبحت تضم الأقسام الآتية :

(١) قسم التشريح

(٢) قسم الهستولوجيا

(٣) قسم الفسيولوجيا

(٤) قسم الكيمياء الحيوية

(٥) قسم الباثولوجيا

(٦) قسم الفارماكولوجيا

(٧) قسم البكتريا والطفيليات

(٨) قسم الجراحة العامة

(٩) قسم الجراحة الخاصة

(١٠) قسم التخدير

(١١) قسم الأمراض الباطنة العامة

(١٢) قسم الأمراض الباطنة الخاصة

(١٣) قسم القلب والصدر وجراحتهما

(١٤) قسم الرمد

(١٥) قسم الأشعة

(١٦) قسم النساء والتوليد

(١٧) قسم الطب الشرعى

(١٨) قسم الصحة العامة بطب الصناعات

(١٩) قسم الأطفال

(٢٠) قسم الباثولوجيا الإكلينيكية

على حين كانت كلية طب الأسكندرية (١٩٨٦) تضم الأقسام التالية :

(١) قسم التشريح

(٢) قسم الهستولوجيا

(٣) قسم الفسيولوجيا.

(٤) قسم الكيمياء الحيوية

(٥) قسم الباثولوجيا

(٦) قسم الفارماكولوجى (الأدوية)

(٧) قسم البكتريوجيا

(٨) قسم الطفيليات

(٩) قسم الجراحة ويشمل : (الجراحة العامة ـ المسالك البولية ـ جراحة العظام ـ جراحة المخ والأعصاب).

(١٠) قسم التخدير

(١١) قسم الأنف والأذن والحنجرة

(١٢) قسم الأمراض الباطنة ويشمل : (الأمراض الباطنة العامة ـ الأمراض الصدرية ـ الأمراض العصبية والنفسية ـ أمراض المناطق الحارة).

(١٣) قسم الباثولوجيا الإكلينيكية

(١٤) قسم الأمراض الجلدية والتناسلية

(١٥) قسم التوليد وأمراض النساء.

(١٦) قسم طب الأطفال

(١٧) قسم طب العين وجراحتها.

(١٨) قسم الأشعة ويشمل : (الأشعة التشخيصية والعلاجية والعلاج الطبيعى ـ والطب النووى).

(١٩) قسم طب المجتمع (ويشمل الصحة العامة والطب الوقائى والاجتماعى)

(٢٠) قسم الطب الشرعى والسموم وطب الصناعات والصحة المهنيه.

وفى كلية طب عين شمس يرتفع عدد الأقسام إلى ٢٨ قسما على النحو التالى:

(١) قسم التشريح

(٢) قسم الفسيولوجى

(٣) قسم الهستولوجى

(٤) قسم الكيمياء الحيوية

(٥) قسم الباثولوجى

(٦) قسم الفارماكولوجى

(٧) قسم الطفيليات

(٨) قسم البكتريولوجى

(٩) قسم الطب الشرعى

(١٠) قسم طب المجتمع

(١١) قسم الجراحة العامة

(١٢) قسم جراحة القلب والصدر

(١٣) قسم المسالك البولية

(١٤) قسم العظام

(١٥) قسم الأنف والأذن والحنجرة

(١٦) قسم الرمد

(١٧) قسم التخدير

(١٨) قسم الأمراض الباطنة

(١٩) قسم الأمراض العصبية والنفسية

(٢٠) قسم الصدر

(٢١) قسم القلب والأوعية الدموية

(٢٢) قسم طب المناطق الحارة

(٢٣) قسم الأمراض الجلدية والتناسلية

(٢٤) قسم التوليد وأمراض النساء

(٢٥) قسم الأطفال

(٢٦) قسم الباثولوجيا الإكلينيكية

(٢٧) قسم الأشعة التشخيصية

(٢٨) قسم الأشعة العلاجية والطب النووى

كلية طب طنطا

تضمن القرار الوزارى رقم ٨٩١ الصادر بلائحة طب طنطا أن تكون أقسام الكلية على النحو التالى :

(١) قسم التشريح والهستولوجيا : ويشمل وحدات (الأنسجة والميكروسكوب الالكترونى - الشكل والأنثروبيولوجى - الأجنة والوراثة - تشريح الأعصاب - الخلية وكيمياء الأنسجة).

(٢) قسم الفسيولوجى (علم وظائف الأعضاء): ويشمل وحدات (وحدة فسيولوجيا الغدد - الجهاز العصبى).

(٣) قسم الكيمياء الحيوية: ويشمل وحدات (وحدة المناعة - كيمياء السرطان - كيمياء البيئة - كيمياء إكلينيكية - كيمياء حيوية - تغذية - كيمياء جهاز عصبى).

(٤) قسم الباثولوجى (علم الأمراض): ويشمل وحدات (هستوكمسترى - أمينوباثولوجى - سيتولوجى - باثولوجيا جراحية - باثولوجيا تجريبية).

(٥) قسم البكترويولوجى: ويشمل وحدات (الفيروسات - الفطريات - المناعة).

(٦) قسم الطفيليات: ويشمل وحدات (وحدة الخلية - الديدان الطبية - الحشرات).

(٧) قسم الجراحة العامة: ويشمل وحدات (التجميل والحروق - الجهاز الهضمى والمناظير - الجراحة التجريبية - جراحة الأطفال - الطوارئ).

(٨) قسم الجراحة الخاصة: ويشمل : وحدة العظام، وتشمل ما يلى (جراحة اليد - المفاصل الصناعية - شلل الأطفال) ووحدة المسالك البولية، وتشمل (القصور الكلوى - ديناميكية الجهاز البولى) - وحدة جراحة الأعصاب - وحدة جراحة الصدر والقلب.

(٩) قسم الباطنة العامة: ويشمل وحدات (الجهاز الهضمى والكبد - الكلى - الغدد الصماء - الروماتيزم الأبيض).

(١٠) قسم الباطنة الخاصة: ويشمل وحدات (العصبية - الأمراض المتوطنة - الأمراض الصدرية - القلب - الطب الطبيعى).

(١١) قسم الجلد والتناسليات: ويشمل وحدات (الجلدية - تناسلية وعقم - الجذام).

(١٢) قسم طب الأطفال: ويشمل وحدات (المبتسرين - الروماتيزم).

(١٣) قسم طب العين

(١٤) قسم الأنف والأذن والحنجرة: ويشمل وحدات (السمعيات والكلام - الفك والوجه).

(١٥) قسم الأشعة: ويشمل وحدات (الأشعة التشخيصية ـ العلاج ـ الطب النووى).

(١٦) قسم الصحة العامة: ويشمل وحدات (طب الصناعات ـ الطب الوقائى ـ طب البيئة).

(١٧) قسم الطب الشرعى والسموم

(١٨) قسم النساء والولادة: ويشمل وحدات (الأورام والخلايا ـ غدد صماء النساء والولادة ـ رعاية الحمل والطفل حديث الولادة).

(١٩) قسم الباثولوجيا الإكلينيكية

(٢٠) قسم التخدير

(٢١) قسم الفارماكولوجيا

كلية طب المنصورة :

وتضم كلية طب المنصورة الأقسام الآتية :

١ ـ قسم التشريح والهستولوجيا

٢ ـ قسم الفسيولوجيا

٣ ـ قسم الكيمياء الحيوية

٤ ـ قسم الباثولوجيا

٥ ـ قسم الميكروبيولوجيا

٦ ـ قسم الطفيليات

٧ ـ قسم الأدوية

٨ - قسم الباثولوجيا الإكلنيكية

٩ - قسم الطب الشرعى

١٠ - قسم الصحة العامة

١١ - قسم الجراحة

١٢ - قسم التخدير

١٣ - قسم الجراحة الخاصة (ويشمل :العظام والمسالك البولية وجراحة القلب والصدر)

١٤ - قسم الباطنة العامة (تشمل: الطب الطبيعى)

١٥ - قسم الباطنة الخاصة (ويشمل: الصدرية والعصبية والنفسية والجلدية)

١٦ - قسم الأنف والأذن والحنجرة

١٧ - قسم طب وجراحة العيون

١٨ - قسم النساء والتوليد

١٩ - قسم الأطفال

٢٠ - قسم الأشعة

أما الأقسام فى كلية طب الأزهر (بنين) فهى على النحو الآتى:

١ - قسم التشريح

٢ - قسم الفسيولوجيا

٣ - قسم الهستولوجيا

٤ - قسم الكيمياء الحيوية

٥ - قسم الفارماكولوجى

٦ ـ قسم البكتريولوجى

٧ ـ قسم الطفيليات

٨ ـ قسم طب وجراحة العيون

٩ ـ قسم الطب الشرعى والسموم

١٠ ـ قسم الجراحة العامة

١١ ـ قسم أمراض الباطنة العامة

١٢ ـ قسم جراحة العظام

١٣ ـ قسم الأنف والأذن والحنجرة

١٤ ـ قسم الجلدية والتناسلية والعقم

١٥ ـ قسم الأشعة

١٦ ـ قسم الباثولوجيا الإكلينيكية

١٧ ـ قسم جراحة المسالك البولية

١٨ ـ قسم الأمراض النفسية والعصبية

١٩ ـ قسم الأمراض الصدرية

٢٠ ـ قسم الأمراض المتوطنة

٢١ ـ قسم التخدير

٢٢ ـ قسم العلاج الطبيعى

٢٣ ـ قسم النساء والتوليد

٢٤ ـ قسم طب الأطفال

٢٥ ـ قسم أمراض القلب

٢٦ ـ قسم الصحة العامة وطب المجتمع

٢٧ ـ قسم الباثولووجيا

أما أقسام كلية طب الزقازيق فهى على النحو الآتى:

١ ـ قسم التشريح.

٢ ـ قسم الهستولوجى

٣ ـ قسم الفسيولوجى

٤ ـ قسم الكيمياء الحيوية

٥ ـ قسم الباثولوجى

٦ ـ قسم البكتريولوجى

٧ ـ قسم الطفيليات

٨ ـ قسم الجراحة العامة

٩ ـ قسم الجراحة الخاصة:

(أ) جراحة العظام

(ب) جراحة المخ والأعصاب

١٠ ـ قسم الباطنة العامة

١١ ـ قسم الباطنة الخاصة:

(أ) القلب

(ب) العصبية

(جـ) النفسية

(د) الصدرية

(هـ) المتوطنة

(و) الطب الطبيعى

١٢ ـ قسم الجلدية والتناسلية

١٣ ـ قسم طب الأطفال

١٤ ـ طب العين

١٥ ـ قسم الأنف والأذن والحنجرة

١٦ ـ قسم الأشعة

١٧ ـ قسم الصحة العامة

١٨ ـ قسم الطب الشرعى

١٩ ـ قسم التوليد والنساء

٢٠ ـ قسم الباثولوجى الإكلينيكى

٢١ ـ قسم الفارماكولوجى

٢٢ ـ قسم المسالك البولية

أما كلية طب بنات الأزهر فتضم الأقسام التالية:

(١) قسم التشريح

(١٣) قسم التخدير

(٢) قسم الهستولوجيا

(٣) قسم الفسيولوجيا

(٤) قسم الكيمياء الحيوية

(٥) قسم الميكروبيولوجى

(٦) قسم الطفيليات

(٧) قسم الباثولوجيا

(٨) قسم الفارماكولوجيا

(٩) قسم الباثولوجيا الإكلينيكية

(١٠) قسم الصحة العامة

(١١) قسم الأشعة

(١٢) الطب الشرعى

(١٣) التخدير

(١٤) قسم الباطنة العامة

(١٥) قسم الباطنة الخاصة

(١٦) قسم الجلدية

(١٧) قسم الأطفال

(١٨) قسم الجراحة العامة

(١٩) قسم الجراحة الخاصة

(٢٠) قسم جراحة العظام

(٢١) قسم جراحة الأنف والأذن والحنجرة

(٢٢) قسم الرمد

(٢٣) قسم النساء والتوليد

وفى كلية طب قناة السويس فإن الأقسام على النحو التالى :

(١) قسم التشريح (ويشمل وحدات التشريح والأنسجة وعلم الأجنة وعلم الخلية).

(٢) قسم وظائف الأعضاء.

(٣) قسم الكيمياء الحيوية.

(٤) قسم علم الأمراض.

(٥) قسم علم الأدوية والعلاجيات

(٦) قسم الميكروبيولوجيا والطفيليات (ويشمل وحدات البكتريولوجيا ـ الفيرولوجيا ـ الطفيليات والمناعة).

(٧) قسم الجراحة (تشمل التخصصات التالية : جراحة العظام ـ جراحة الأعصاب ـ جراحة القلب والصدر ـ جراحة المسالك البولية ـ جراحة التجميل والحروق ـ جراحة السرطان ـ جراحة الأطفال ـ التخدير والعناية المركزة).

(٨) قسم أمراض النساء والتوليد.

(٩) قسم طب العيون وجراحتها

(١٠) قسم الأمراض الباطنة (وتشمل : تخصصات الأمراض الصدرية ـ الأمراض العصبية ـ الأمراض النفسية ـ الأمراض المعدية ـ الأمراض الجلدية ـ الأمراض التناسلية ـ الطب الطبيعى ـ أمراض القلب والأوعية الدموية ـ التحاليل الطبية ـ طب الطوارئ ـ الأشعة والطب النووى والطب الشرعى).

(١١) قسم الأطفال (وتشمل تخصصات حديثى الولادة والوراثة).

(١٢) قسم طب المجتمع (ويشمل وحدات العلوم السلوكية).

(١٣) قسم الممارسة العامة.

أقسام كلية طب المنوفية :

(١) قسم العلوم الطبية الأساسية التطبيقية

(٢) قسم الباثولوجيا الإكلينيكية

(٣) قسم الجراحة العامة والخاصة والتخدير

(٤) قسم الباطنة (العامة والخاصة)

(٥) قسم طب وجراحة العيون

(٧) قسم طب الأطفال

(٦) قسم النساء والتوليد

(٨) قسم طب المجتمع والبيئة وطب الصناعات

(٩) قسم الأشعة

أما أقسام كلية طب المنيا فهى على النحو التالى :

(١) قسم التشريح

(٢) قسم الهستولوجى

(٣) قسم الفسيولوجى

(٤) قسم الكيمياء الحيوية

(٥) قسم البكتريولوجيا

(٦) قسم الفارماكولوجيا

(٧) قسم الباثولوجيا

(٨) قسم الباثولوجيا الإكلينيكية

(٩) قسم الصحة العامة

(١٠) قسم الطب الشرعى

(١١) قسم التخدير

(١٢) قسم الجراحة العامة

(١٣) قسم جراحة العظام

(١٤) قسم المسالك البولية

(١٥) قسم الأطفال

(١٦) قسم النساء والتوليد

(١٧) قسم الرمد

(١٨) قسم الباطنة العامة

(١٩) قسم الأنف والأذن والحنجرة

أوجه الاختلافات فى التقسيم

(١) تنفرد كلية طب المنوفية بأنها جمعت كل الأقسام الأكاديمية فى قسم واحد تحت اسم قسم العلوم الطبية الأساسية التطبيقية ويضم هذا القسم جميع الأقسام الأكاديمية، وبالطبع فإن هذا وضع مؤقت.

(٢) على حين تأخذ بعض الكليات بمبدأ الجمع بين علمى التشريح والأنسجة فى قسم واحد فإن بعضها يؤثر الفصل بين القسمين والكليات التى تجمع هذين العلمين هى: طنطا، المنصورة.

أما الكليات التى آثرت الفصل بينهما فهى : القاهرة، عين شمس، الإسكندرية، أسيوط، الأزهر بنين وبنات، والزقازيق، وبنها.

أما فى كلية طب قناة السويس فيسمى القسم: قسم التشريح ويشمل التشريح والهستولوجيا والأجنة وعلم الخلية.

(٣) يستقل قسم الفسيولوجيا فى كل الكليات بنفسه، وفى الماضى كان هذا القسم يضم أيضا علمى الكيمياء الحيوية، والأقرباذين (الفارماكولوجيا) فى بعض الأحايين.

(٤) يستقل قسم الكيمياء الحيوية بنفسه أيضا فى كل الكليات.

(٥) يستقل قسم الفارماكولوجيا بنفسه أيضا فى كل الكليات.

(٦) تنفرد كلية طب أسيوط بوجود قسم الباثولوجيا والباثولوجيا الإكلينيكية معا فى قسم واحد فى حين أن باقى الكليات تأخذ بمبدأ الفصل بين القسمين اللذين يستقل كل منهما فى جميع الكليات، فيما عدا طب قناة السويس التى يوجد فيها قسم للباثولوجيا بينما توجد وحدة فى قسم الأمراض الباطنة للباثولوجيا الإكلينيكية.. أما كلية طب المنوفية فتضم قسما للباثولوجيا الإكلينيكية.

(٧) تأخذ بعض الكليات بمبدأ الجمع بين علمى البكتريا والطفيليات، وتؤثر بعض الكليات الفصل بينهما :

والكليات التى تجمع بين القسمين هى القاهرة وأسيوط وقناة السويس،

أمـا الكليـات التى تفـصل بينهـمـا فـهى الإسكندرية وعين شـمس وطنطا والمنصورة والأزهر بنين وبنات والزقازيق وبنها.

وكما ذكرنا من قبل فإنه استثناء من كل ما تقدم فإن كلية طب المنوفية - مع حداثة إنشائها - جمعت كل الأقسام الأكاديمية (التشريح والأنسجة والفسيولوجى والكيمياء الحيوية والباثولوجيا والفارماكولوجيا والطفيليات والبكتريا) فى قسم واحد سمى بقسم العلوم الطبية الأساسية التطبيقية.

وعلى هذا الأساس فإن الحد الأقصى لعدد الأقسام الأكاديمية هو ثمانية أقسام والحد الأدنى ١ فى كلية واحدة، ويرتفع هذا الحد مباشرة (ثانى حد أدنى) إلى ٦ فى كلية طب قناة السويس.

(٨) يوجد للطب الشرعى قسم منفصل بكل الكليات فيما عدا قناة السويس حيث يتبع قسم الأمراض الباطنة فى هذه الكلية باعتباره طبا، أما فى كلية طب الإسكندرية فإن هذا القسم يشمل أقسام الطب الشرعى والسموم وطب الصناعات والصحة المهنية!!! ومن الملاحظ أن هذين التخصصين الآخرين: طب الصناعات والصحة المهنية فى جامعة الإسكندرية يتبعان قسم الطب الشرعى والسموم، على حين أنهما فى بقية الجامعات الأخرى يتبعان قسم الصحة العامة ، وهو وضع فريد بطب الاسكندرية ولا يوجد حتى الآن قسم للطب الشرعى فى كلية طب المنوفية.

(٩) يوجد فى جميع كليات الطب قسم خاص بعلوم الصحة العامة مع اختلاف اسم هذا القسم فاحيانا يسمى بطب المجتمع وأحيانا بقسم الصحة العامة والطب الوقائى وطب المجتمع وهكذا ، ويلاحظ أن تخصصى طب الصناعات والصحة المهنية فى جامعة الاسكندرية يتبعان قسم الطب الشرعى والسموم .

(١٠) تتفرد جامعة قناة السويس بوجود قسم للممارسة العامة.

(١١) يستقل قسم التخدير بنفسه فى جميع الكليات ماعدا كلية طب قناة السويس حيث يتبع قسم الجراحة، وفى الماضى كان هذا القسم أحيانا يتبع أقسام الجراحة العامة، وأحيانا الجراحة الخاصة، وأحيانا كان يستقل بنفسه.

(١٢) يختلف الوضع بالنسبة لقسم الأشعة :

ففى كلية طب عين شمس يوجد قسمان متميزان أحدهما للأشعة التشخيصية والعلاجية، ويتميز كل منهما فى أسرة المستشفيات، ويضم الطب النووى إلى هذه الأقسام أيضا مع تميزه فى الألقاب العلمية لأعضاء هيئة التدريس.

وفى طب الإسكندرية يشمل قسم الأشعة التشخيصية والعلاجية والطب الطبيعى والطب النووى، وبهذا لم يبق قسم الطب الطبيعى منضما إلى قسم الأشعة إلا فى الإسكندرية.

وقد كان مثل هذا الوضع قائما فى طب قصر العينى حتى عهد قريب.

وفى كلية طب قناة السويس فإن قسم الأشعة يتبع قسم الأمراض الباطنة.

(١٣) يختلف وضع أقسام الأنف والأذن والحنجرة على النحو الآتى :

(أ) تأخذ معظم الكليات بمبدأ وجود قسم خاص للأنف والأذن والحنجرة وهذه الكليات هى الإسكندرية، عين شمس، طنطا، المنصورة، الأزهر بنين، الزقازيق، والأزهر بنات، وبنها.

(ب) لايزال قسم الأنف والأذن والحنجرة فى كلية طب قصر العينى تابعا لقسم الجراحة الخاصة، ونفس الوضع فى طب أسيوط.

(جـ) فى كلية طب قناة السويس لا يزال قسم الأنف والأذن وحدة من وحدات قسم الجراحة الذى يشمل كل أقسام الجراحات العامة والخاصة.

(١٤) يستقل قسم الرمد بنفسه فى جميع كليات الطب، ولا يختلف الأمر إلا فى اسمه الذى يتراوح بين طب العين وجراحتها، والرمد.

(١٥) يستقل قسم النساء والتوليد بنفسه فى جميع كليات الطب.

(١٦) يوجد قسم خاص بالباثولوجيا الإكلينيكية فى جميع كليات الطب ما عدا كلية طب أسيوط التى تضمه مع الباثولوجيا فى قسم واحد، وطب قناة السويس التى تعتبره وحدة من وحدات الأمراض الباطنة.

وعلى الرغم من وجود قسم الباثولوجيا الإكلينيكية فى جميع كليات الطب، فإنه فى كلية طب القاهرة ينقسم إلى وحدتين للباثولوجيا الإكلينيكية والباثولوجيا الكيميائية.

(١٧) لا يوجد قسم مستقل لجراحة القلب والصدر إلا فى كلية طب عين شمس، وفيما عدا ذلك فهو يتبع إما الجراحة العامة أو الخاصة، أما فى طب قصر العينى فيتبع قسم القلب والصدر وجراحتيهما.

(١٨) لم يستقل حتى الآن قسم لجراحة الأطفال عن قسم الجراحة العامة، وفى كلية طب القاهرة والإسكندرية أقسام متميزة ولكنها لا تزال فى إطار الجراحة العامة، ويرأس قسم الجراحة العامة فى طب قناة السويس أستاذ متخصص فى جراحة الأطفال، كذلك فإن وكيل كلية طب طنطا هو أستاذ جراحة الأطفال.

(١٩) فى الإسكندرية وكذلك الحال فى طب قناة السويس لا يوجد إلا قسم واحد للجراحة تحت هذا الاسم، ويضم وحدات الجراحة العامة والخاصة كلها.

(٢٠) يوجد قسم للجراحة العامة (بهذا الاسم) فى كليات القاهرة ويضم تخصصات جراحة الأطفال وجراحة التجميل ، ويوجد أيضا فى طب عين شمس ، ويضم جراحة المخ والأعصاب أيضا.

وكذلك يوجد مثل هذا القسم فى أسيوط وفى طنطا وفى المنصورة وفى الأزهر بنين وفى الزقازيق وفى الأزهر بنات وفى بنها.

(٢١) تتميز أقسام للمسالك البولية فى كليات طب عين شمس والمنصورة والأزهر بنين والزقازيق وبنها، وتتبع هذه الأقسام قسم الجراحة الخاصة فى بقية الكليات فيما عدا الكليات التى تضم الجراحة الخاصة والعامة فى قسم واحد.

(٢٢) تتميز أقسام لجراحة العظام فى كليات طب عين شمس والمنصورة والأزهر بنين والزقازيق وبنها، وتتبع هذه الأقسام قسم الجراحة الخاصة فى بقية الكليات أو قسم الجراحة فى الكليتين المشار إليهما آنفا.

(٢٣) لا يوجد قسم متميز لجراحة المخ والأعصاب فى أى من كليات الطب حتى الآن، ولكن الملاحظ أنه على حين يتبع هذا القسم أقسام الجراحة الخاصة فى معظم الكليات فإنه يتبع قسم الجراحة العامة فى طب عين شمس. ويعد هذا التخصص بمثابة التخصص الجراحى الوحيد الذى لم يستقل بقسم خاص فى عين شمس. وفى طب الزقازيق لايضم قسم الجراحة الخاصة إلا هذا القسم مع قسم جراحة العظام.

(٢٤) يحمل القسم المخصص للتخصصات الجراحية فى كلية طب المنوفية اسم قسم الجراحة العامة والخاصة والتخدير.

(٢٥) تحت مظلة قسم الجراحة الخاصة يمكن لعدد كبير من الجراحات الخاصة أن يندرج، على سبيل المثال فإنه فى طب القاهرة يشمل هذا القسم التخصصات:

(أ) جراحة الأعصاب

(ب) جراحة العظام

(جـ) جراحة المسالك البولية

(د) جراحة الأنف والحنجرة

على حين أنه فى طب الزقازيق لايشمل إلا :

(أ) جراحة الأعصاب

(ب) جراحة العظام

وذلك بعد أن استقل قسما المسالك البولية ، والأنف والأذن والحنجرة فى تلك الكلية.

وفى الاسكندرية وطب قناة السويس لا يوجد هذا القسم وتندرج كل الأقسام الجراحية فى قسم الجراحة العامة.

وفى أسيوط يضم هذا القسم تخصصات الأنف والأذن والحنجرة ، والمسالك البولية والعظام ، والطب الطبيعى !!

وفى طنطا يضم تخصصات العظام ، والمسالك ، وجراحة الأعصاب ، وجراحة الصدر والقلب.

وفى المنصورة يوجد قسم بهذا الاسم أيضا ويضم تخصصات المسالك البولية ، والعظام ، وجراحة القلب والصدر.

وفى كلية طب الأزهر بنين لا يوجد.

وفى كلية طب الأزهر بنات يوجد قسم الجراحة الخاصة بالإضافة إلى قسمين مستقلين للجراحة العامة ولجراحة العظام.

وفى كلية طب بنها لا يوجد هذا القسم بينما يوجد قسمان مستقلان للعظام والمسالك البولية.

(٢٦) يوجد قسم للباطنة فى الإسكندرية وقناة السويس ويضم جميع الأقسام المتعلقة بالطب الباطنى.

وفى قناة السويس يضم هذا القسم أيضا وحدتين للتحاليل الطبية ، والأشعة، ومن المفترض أن يضم هذا القسم تخصص الطب الشرعى أيضا.

وعلى حين تندرج وحدة الأمراض الجلدية تحت مظلة هذا القسم فى طب قناة السويس فإن فى الإسكندرية قسما خاصا للأمراض الجلدية والتناسلية.

(٢٧) تتكرر نفس الفكرة السابقة فى طب المنوفية ولكن تحت اسم الباطنة العامة والخاصة.

(٢٨) فيما عدا هذه الكليات الثلاث فإن جميع كليات الطب تضم قسما مستقلاً للأمراض الباطنة العامة، وتختلف وحدات هذا القسم من كلية إلى أخرى.

(٢٩) تحت مظلة «الباطنة الخاصة» يمكن لعدة أقسام أن تندرج، ويمكن أن يشمل هذا القسم :

(أ) الأمراض العصبية

(ب) الأمراض النفسية

(جـ) الأمراض الجلدية

(د) الأمراض التناسلية

(هـ) الأمراض الصدرية

(و) أمراض القلب والأوعية الدموية

(ز) الأمراض المتوطنة

(ح) الطب الطبيعى

ولكن واقع الأمر أن هذا القسم لا يشمل أبدا هذه التخصصات الثمانية مرة واحدة، وفى القاهرة يضم هذا القسم كل هذه التخصصات وبنفس هذا النمط من التقسيم فيما عدا قسمى القلب والصدر اللذين ينضمان مع جراحتيهما فى قسم خاص.

وفى طب الزقازيق يضم هذا القسم كل هذه التخصصات ما عدا الجلدية والتناسلية التى تنفرد بقسم خاص.

وفى طب أسيوط يضم هذا القسم وحدات : الجلدية والتناسلية، والمتوطنة والصدرية، والعصبية، والنفسية. على حين يتبع قسم القلب قسم الباطنة العامة.

وفى طب طنطا يضم هذا القسم أقسام : القلب، والعصبية والنفسية، وطب المناطق الحارة، والصدرية، والطب الطبيعى.

وفى طب الأزهر لا يوجد هذا القسم إذ يستقل كل تخصص بقسم متميز.

أما فى طب بنات الأزهر فيضم هذا القسم كل هذه التخصصات.

وفى طب بنها لا يوجد هذا القسم، وتندرج تخصصاته مع قسم الباطنة بينما يستقل تخصص الأمراض الجلدية والتناسلية بقسم خاص.

(٣٠) لعل قسم أمراض القلب من أكثر الأقسام التى يختلف وضعها من كلية إلى أخرى.

(أ) فهو مستقل بنفسه فى كليات طب عين شمس والأزهر.

(ب) وهو فى إطار الباطنة العامة فى أسيوط والمنصورة.

(جـ) وهو فى إطار الباطنة الخاصة : فى الزقازيق، وطنطا، وطب بنات الأزهر.

(د) وهو فى إطار الباطنة بفروعها (حين تتوحد الباطنة العامة والخاصة): كما فى الإسكندرية وقناة السويس والمنوفية وبنها.

(هـ) وهو فى إطار قسم القلب والصدر وجراحتيهما : فى كلية طب قصر العينى.

(٣١) يختلف وضع قسم الأمراض الجلدية والتناسلية من كلية إلى أخرى، وهو مستقل بنفسه فى كليات : طب الإسكندرية ، وعين شمس ، وطنطا ، والمنصورة ، والزقازيق، والأزهر بنين، والأزهر بنات، وبنها .

بينما يوجد فى إطار الباطنة الخاصة فى كليتى طب القاهرة، وأسيوط وفى إطار الباطنة فى قناة السويس.

(٣٢) مع أن قسم الأمراض الجلدية والتناسلية فى كلية طب القاهرة لايزال فى إطار الباطنة الخاصة فإنه منفصل إلى وحدتين مستقلتين تماما وحدة للأمراض الجلدية ووحدة للأمراض التناسلية وأمراض الذكورة.

(٣٣) يختلف وضع تخصص الطب الطبيعى من كلية إلى أخرى:

(أ) فهو يستقل بقسم للطب الطبيعى فى بعض الكليات : فى المنصورة والأزهر بنين.

(ب) ويبقى فى إطار الباطنة الخاصة فى بعض الكليات : القاهرة، طنطا، الزقازيق، الأزهر بنات.

(جـ) وفى الإسكندرية يتبع قسم الأشعة.

(د) وفى أسيوط يتبع قسم الجراحة الخاصة مع تخصصات الأنف والأذن والحنجرة ، والمسالك البولية ، وجراحة العظام.

(هـ) وفى عين شمس ينضم إلى قسمى الأمراض العصبية والنفسية.

(و) وهو يتبع قسم الباطنة فى بنها وقناة السويس والمنوفية.

ولعله أعجب تخصصات كليات الطب من حيث انضمامه للأقسام المختلفة.

(٣٤) ينفرد تخصص طب المناطق الحارة بقسم مستقل فى كل من عين شمس والأزهر بنين، ويتراوح اسم هذا التخصص فى لوائح الكليات بين طب المناطق الحارة والأمراض المتوطنة ويتبع هذا القسم أقسام الباطنة الخاصة (فى حالة وجودها)، أو العامة فيما عدا ذلك.

(٣٥) يختلف وضع قسم الصدر من كلية إلى أخرى:

(أ) فى طب قصر العينى فإنه أحد الأقسام الثلاثة المكونة لقسم القلب والصدر وجراحتيهما.

(ب) يستقل هذا القسم بنفسه فى كليات : عين شمس والأزهر بنين.

ويتبع هذا القسم قسم الأمراض الخاصة فى بقية الكليات أو الباطنة العامة حين لا يوجد قسم للباطنة الخاصة.

(٣٦) يستقل تخصصا الأمراض العصبية والنفسية بقسم خاص فى طب عين شمس ومعهما الطب الطبيعى، وفى الأزهر بنين يستقلان بمفردهما.

(٣٧) يستقل قسم الأطفال بنفسه فى جميع كليات الطب.

(٣٨) لا يوجد قسم تحت اسم القلب والصدر وجراحتيهما إلا فى كلية طب قصر العينى، وقد سبق الإشارة إلى انفراد كلية طب قناة السويس بقسم للممارسة العامة.

الفصل الخامس والعشرون

آفاق جديدة للتخصصات الطبية

من الحقائق التى نستطيع إدراكها بسهولة أنه ليست هناك نهاية للتخصص، فكل تخصص مهما كان دقيقا يقود بحكم الزمن إلى الانقسام إلى تخصصات أخرى أكثر دقة منه، لهذا السبب فإن كثيراً من الهيئات الجامعية والطبية على حد سواء تقف من البداية فى وجه السياسات الهادفة إلى كثرة الأقسام، ولهذا التوجه أسباب ومبررات كثيرة لعل أهمها المبدأ الاستراتيجى المعروف القائل بسهولة التعبئة إذا ما كان عدد الأقسام أقل،ويتصل بهذا المبدأ الحديث عن الوجه الآخر للقضية حين يصبح الترهل سمة بارزة فى أى مؤسسة يزداد عدد أقسامها عن الحد الممكن للاستيعاب البشرى الطبيعى. ومن المعلوم أن النظم الإدارية الناجحة تبنى نفسها على حدود الاستيعاب البشرى الطبيعى، ولا تعتمد على وجود أصحاب القدرات الخاصة، ومن الطريف أن بلادنا على العكس من هذا تحرص على تفصيل النظم الإدارية تبعا لأصحاب القدرات الخارقة أو التى تصور على أنها خارقة، ويوصف أصحابها فى اختصار بأنهم يستطيعون استعراض قدراتهم على السيطرة على ما لا يسيطر عليه غيرهم.

وقد أصاب قطاع الصحة والعلاج الطبى بعض هذه الخصائص الوطنية فى خضوع التقسيم والتشعيب لظروف فردية بحتة، ومن ثم وجدت تباينات عميقة بين الأقسام الطبية فى كل الكيانات التى أتيحت لها الفرصة لتأخذ قرارها فى تقسيم تخصصاتها، وفى كتابنا هذا دراسة موسعة عن تكون الأقسام العلمية فى كليات الطب المصرية.

ومن المهم أن نشير هنا إلى نموذج بارز للتوسع فى التقسيم، وقد تمثل هذا النموذج فى تجربة مستشفى أبو الريش الذى هو المستشفى الخاص بقسم الأطفال فى كلية طب قصر العينى، وقد تمكن هذا المستشفى بعد أن أعاد اليابانيون بناءه بفترة قصيرة من أن يتوسع فى العيادات المتخصصة التى يضمها جناح العيادات الخارجية فيه، وفى وقت مبكر كان عدد هذه العيادات قد وصل إلى أكثر من ثلاثين عيادة على النحو التالى:

١ - الأورام

٢ - النزلات المعوية

٣ - طوارئ باطنة

٤ - الأشعة

٥ - الروماتيزم والتأهيل

٦ - معمل العيادات الخارجية

٧ - أمراض الدم (وتتفرع عن هذه العيادات عيادات أخرى)

٨ - الغدد والسكر (وتتفرع عن هذه العيادات عيادات أخرى)

٩ - حساسية ومناعة

١٠ - أمراض صدرية

١١ ـ أمراض قلب (وتتفرع عن هذه العيادات عيادات أخرى)

١٢ ـ الوراثة (وتتفرع عن هذه العيادات عيادات أخرى)

١٣ ـ أمراض الكبد

١٤ ـ أمراض الكلى

١٥ ـ الأمراض المتوطنة

١٦ ـ الأنف والأذن والحنجرة

١٧ ـ التخاطب والسمعيات

١٨ ـ جراحة الصدر والقلب

١٩ ـ جراحة المخ والأعصاب

٢٠ ـ الجراحة العامة (وتتفرع عن هذه العيادات عيادات أخرى)

٢١ ـ المسالك البولية

٢٢ ـ جراحة عظام

٢٣ ـ جراحة تجميل

٢٤ ـ الرمد والحول

٢٥ ـ سوء التغذية

٢٦ ـ الأمراض الجلدية

٢٧ ـ الأسنان

٢٨ ـ الأمراض العصبية

٢٩ ـ الأمراض النفسية

٣٠ ـ النمو والتطور

وفى مرحلة لاحقة توجهت الجامعات إلى الإفادة من التشريع الخاص بالوحدات ذات الطابع الخاص حيث وجدت فيه منفذا لتحقيق مرونة إدارية كفيلة بتحقيق كثير من التقدم العلمى، وقد وصل الأمر إلى أن كلية طب قصر العينى وحدها قد ضمت قرابة أربعين وحدة ذات طابع خاص:

١ ـ وحدة علاج القصور الكلوى والجراحة

٢ ـ مركز التشخيص بالموجات فوق الصوتية

٣ ـ مركز رعاية الحالات الحرجة

٤ ـ وحدة الوراثة الطبية

٥ ـ مركز قصر العينى لعلاج الأورام بالإشعاع والطب النووى

٦ ـ معمل قصر العينى للأوعية الدموية

٧ ـ مركز تطوير التعليم الطبى

٨ ـ وحدة النزلات المعوية

٩ ـ وحدة مناظير الجهاز الهضمى والكبد

١٠ ـ مركز السموم الإكلينيكية والبيئة

١١ ـ بنك العيون

١٢ ـ وحدة أبحاث وظائف الأعضاء الفسيولوجية التطبيقية

١٣ ـ وحدة اختبارات الكيمياء الحيوية الطبية المتخصصة

١٤ ـ وحدة السمع والاتزان وأمراض التخاطب

١٥ ـ وحدة أبحاث الأنف وعلاج الشخير

١٦ ـ وحدة بنك ومعمل الأذن وزرع القوقعة

١٧ ـ وحدة تشخيص الأمراض الطفيلية

١٨ ـ وحدة التشخيص الطبى التصويرى والأشعة التداخلية

١٩ ـ وحدة أبحاث الدرن

٢٠ ـ وحدة تشخيص وعلاج أمراض الكبد البلهارسى ومضاعفاته

٢١ ـ وحدة دلالات الأورام

٢٢ ـ مركز جراحات القلب المفتوح

٢٣ ـ وحدة السكر والغدد الصماء والميتابوليزم للأطفال

٢٤ ـ وحدة اللياقة والتأهيل

٢٥ ـ وحدة تشخيص أمراض العيون وعلاجها بالليزر

٢٦ ـ وحدة مستشفى المنيل الجامعى التخصصى

٢٧ ـ وحدة علاج وأبحاث الصرع

٢٨ ـ وحدة خدمات الضيافة والتغذية المتميزة

٢٩ ـ مركز حفظ وزراعة أنسجة الجهاز الحركى

٣٠ ـ مركز أبحاث وتطوير التمريض

٣١ - مستشفى قصر العينى التعليمى الجديد

٣٢ - وحدة جراحات الأنف والأذن والحنجرة الميكروسكوبية والوظيفية

٣٣ - وحدة الفيروسات فى قسم الميكروبيولوجيا الطبية والمناعة

٣٤ - وحدة الحساسية والتداخلات المناعية

٣٥ - مركز قصر العينى لتطوير التمريض

٣٦ - مركز المعلومات الطبية والشبكات الدولية

٣٧ - مركز التعليم والتدريب المستمر

٣٨ - مركز المؤتمرات الطبية

الفصل السادس والعشرون

واقع الدرجات العلمية والوظيفية في كليات الطب

عمداء الكليات :

كانت طريقة اختيار عميد الكلية أو المعهد التابع للجامعة من أكثر الجزئيات التى ترجحت فيها الآراء بين الانتخاب والتعيين - عند وضع قانون الجامعات (٤٩ لسنة ١٩٧٤، الذى ظل يُطبق حتى ١٩٩٤ حين عدلت بعض مواده ومنها المادة الخاصة باختيار العمداء) : وقد نحا القانون كما أشارت مذكرته التفسيرية نحوا وسطا يجمع بين الكيفيتين بهدف الاستزادة من المزايا ، والتقليل من المضار لو تم الأخذ بإحداهما دون الأخرى، فجعل ترشيح رئيس الجامعة للعميد من بين الأساتذة الثلاثة الذين تتم تزكيتهم من قبل هيئة تضم جميع أساتذة الكلية أو المعهد وكل الأساتذة المساعدين والمدرسين الأعضاء فى مجلس الكلية بحيث تتم المشاركة من جانب المسئولين فى الكلية أو المعهد فى هذا الاختيار بما يطلع رئيس الجامعة على اتجاهات الكلية أو المعهد فى ذلك ويجعل الترشيح من جانبه (أو التعيين بعد ما فوضت لرؤساء الجامعات هذه السلطة) فى حدودها وعلى هداها . وقد زاد المشروع مدة العمادة من سنتين إلى ثلاث (ويمكن للقارئ

أن يلحظ هذا من مدد عمداء كليات الطب فى القاهرة والإسكندرية وعين شمس فى الفترة السابقة على القانون والفترة التالية له) وذلك تأكيداً على فكرة الاستقرار فى الإدارة.

ومع أن اختيار العميد بالطريقة السالفة يناسب الكليات والمعاهد التى تزخر بعدد كبير من الأساتذة بحيث يحتاج رئيس الجامعة إلى الاستنارة برأى المسئولين فى الكلية أو المعهد لاختيار العميد فقد كانت هذه الطريقة (حسب توقع المشرع) أقل مناسبة فى شأن الكليات والمعاهد التى يتضاءل عدد الأساتذة فيها إلى حد كبير، لذلك اكتفى القانون فى شأنه بترشيح مبتدأ من رئيس الجامعة (وقد أصبح الأمر منوطا أيضا فى مسألة قرار التعيين برئيس الجامعة نفسه بتفويض من الوزير).

واستتبع قصر تجديد التعيين فى هذه الحالة على مرة واحدة، أى أن العميد المعين لا يعين بهذه الطريقة لأكثر من ٦ سنوات، وإنما يجوز له أن يكون بعدها عميدا بالانتخاب متى توافر العدد المؤهل لإجراء الانتخابات دون إطلاق لمرات التجديد على النحو المقرر فى حال اشتراك المسئولين فى الكلية أو المعهد فى الاختيار، وهو ما يلاحظ مثلا فى حالة كلية طب قصر العينى التى تم انتخاب عميدها هاشم فؤاد لدورات ثلاث كانت بداياتها على التوالى ١٩٧٩، ١٩٨٢، ١٩٨٥.

الأساتذة المتفرغون وغير المتفرغين:

يلاحظ القارئ المطالع للاحصاءات (الخاصة بعام ١٩٨٧) الواردة فى نهاية هذا الباب تفاوت عدد الأساتذة المتفرغين فى الأقسام المختلفة وفى الكليات المختلفة. ولهذا يجدر بنا أن نشير إلى أن تقليد تعيين أعضاء هيئة

التدريس بعد إحالتهم إلى التقاعد لم يكن موجودا على نفس الصورة التى هو عليها اليوم !! وهكذا فإن كلية طب قصر العينى على سبيل المثال لم تكن تأخذ بتقليد تعيين أساتذة متفرغين، ولهذا فإن هناك كثيرا من أساتذة الطب السابقين المرموقين ظلوا خارج دائرة الأساتذة المتفرغين، وكان معظم هؤلاء قد خرجوا إلى المعاش قبل تطبيق القاعدة (البروتوكولية) التى تستند إلى النص الواضح فى قانون الجامعات بجواز تعيين الأساتذة السابقين أساتذة متفرغين.

وفى عام ١٩٩٤ نص التعديل الذى أجرى على قانون الجامعات بتعيين كل من يبلغ سن التقاعد من أعضاء هيئات التدريس فى وظائف الأساتذة المتفرغين، وهو ما كان يعنى أن يتم هذا بطريقة أوتوماتية لا تتطلب موافقة من أحد، ولا تسمح بأعتراض من آخر وفى ٢٠٠٠ عدلت الحكومة عن هذا النهج، وقصرت هذا حتى من السبعين، ورفع الأساتذة الأمر للقضاء الذى حكم ببقاء من نالوا درجة الأستاذ المتفرغ قبل صدوره بالبقاء فيها مدى الحياة، وبأن يطبق القانون منذ تاريخ صدوره، وهكذا أصبح الأساتذة فى الجامعات المصرية من أربع فئات :

- الفئة الأولى : مَنْ بلغوا السبعين قبل صدور التعديلات فى ٢٠٠٠ وهؤلاء يحتفظون بوظائفهم كأساتذة متفرغين مدى الحياة ويمكن لنا أن نسميهم أساتذة فئة (أ) .
- الفئة الثانية : مَنْ بلغوا السبعين ويبلغونها بعد صدور التعديلات فى ٢٠٠٠ وهؤلاء يتحولون عند السبعين إلى أساتذة غير متفرغين بمكافأة شاملة محدودة، ويمكن لنا أن نسميهم أساتذة فئة (ب) .

● الفئة الثالثة : أساتذة متفرغون تتراوح أعمارهم ما بين الستين والسبعين، ويتحولون عند بلوغ السبعين إلى أساتذة غير متفرغين، ويمكن لنا أن نسميهم أساتذة فئة (جـ) .

● الفئة الرابعة : الأساتذة العاملون الآن يمكن لنا أن نسميهم أساتذة فئة (د) ، يصلون الستين فيصبحون أساتذة متفرعين (جـ) حتى يبلغوا السبعين فيصبحون أساتذة غير متفرغين (ب).

الأساتذة :

على عكس ما يبدو من أن إطلاق الترقيات لوظائف الأستاذية قد أفاد الجامعات الحديثة فإن الحقيقة أنه أفاد الكليات الأقدم بأكثر مما أفاد الكليات الأحدث ، ويتضح هذا المعنى بجلاء إذا ما نظرنا إلى مجموع عدد الأساتذة ذوى الكراسى والأساتذة فى الكليات القائمة فعلا عام ١٩٧٠ حسبما يرينا الجدول التالى :

جدول رقم ٤٠ : عدد الأساتذة ذووى الكراسى والأساتذة فى كليات الطب (١٩٧٠)

الجامعة	الأساتذة ذوو الكراسى	الأساتذة
كلية طب القاهرة	٣٩	٦١
كلية طب الإسكندرية	٣٤	٢٦
كلية طب عين شمس	٣٣	٢٤
كلية طب أسيوط	١٢	٢
كلية طب طنطا	٣	-
كلية طب المنصورة	٢	-

وهكذا نجد أن الخطوة التى تمت فى ١٩٦٥ بإطلاق الترقية إلى درجة الأستاذية قد أفادت الجامعات القديمة بأكثر مما أفادت الجامعات الجديدة، بل ربما تم هذا على حساب الامتيازات النسبية التى كانت متاحة فى تلك الجامعات بحكم حداثة نشأتها وضرورة إتاحة الفرصة لأعضاء هيئات التدريس فيها من أجل الوصول إلى مواقع الأستاذية وأستاذية الكراسى التى كان لابد من شغلها فى مثل هذه الكيانات الجامعية الجديدة.

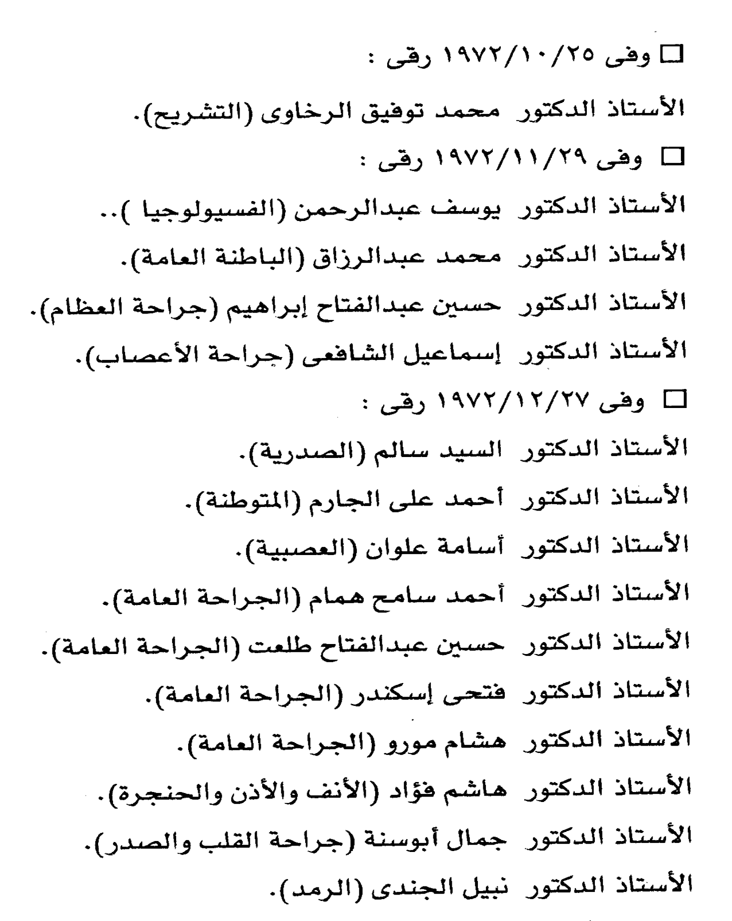
وينبغى لنا أن نفهم أن الأغلبية الساحقة من الأساتذة الذين يشغلون (فى ١٩٨٧) درجات الأستاذية فى كليات الطب فى جامعاتنا المصرية قد وصلوا إلى هذه الدرجة طبقا لقانون الجامعات المعمول به الآن (٤٩ لسنة ١٩٧٢) وقد كان من المنطقى أنه فى خلال سنوات معدودة من صدور هذا القانون وتطبيقه لن يكون هناك أحد من المرقين طبقا للقانون القديم، وهذا أمر طبيعى مع خروج الأساتذة القدامى إلى المعاش.

وعلى سبيل المثال فإن أقدم أساتذة قصر العينى العاملين الآن (١٩٨٧) قد وصلوا إلى وظائف الأستاذية عام ١٩٧٢، وهم ١٦ أستاذا على سبيل الحصر، ومنهم نسبة كبيرة بالفعل وصلت إلى سن الستين وهم يواصلون مسئولياتهم حتى نهاية العام الدراسى، وربما كان ذكر أسماء هؤلاء الأساتذة على سبيل الحصر كفيلاً بأن يعطينا فكرة مهمة عن هذه الجزئية بالذات :

□ ففى ١٩٧٢/٦/١٧ رقى إلى درجة الأستاذية :

الأستاذ الدكتور عدلى الشربينى (التخدير) وهو أقدم أساتذة قصر العينى العاملين (عند صدور الطبعة الأولي من هذا الكتاب فى ١٩٨٧) .

ثم إن القانون الجديد طبق من أول أكتوبر ١٩٧٢.



☐ وفى ١٩٧٢/١٠/٢٥ رقى :

الأستاذ الدكتور محمد توفيق الرخاوى (التشريح).

☐ وفى ١٩٧٢/١١/٢٩ رقى :

الأستاذ الدكتور يوسف عبدالرحمن (الفسيولوجيا)..

الأستاذ الدكتور محمد عبدالرزاق (الباطنة العامة).

الأستاذ الدكتور حسين عبدالفتاح إبراهيم (جراحة العظام).

الأستاذ الدكتور إسماعيل الشافعى (جراحة الأعصاب).

☐ وفى ١٩٧٢/١٢/٢٧ رقى :

الأستاذ الدكتور السيد سالم (الصدرية).

الأستاذ الدكتور أحمد على الجارم (المتوطنة).

الأستاذ الدكتور أسامة علوان (العصبية).

الأستاذ الدكتور أحمد سامح همام (الجراحة العامة).

الأستاذ الدكتور حسين عبدالفتاح طلعت (الجراحة العامة).

الأستاذ الدكتور فتحى إسكندر (الجراحة العامة).

الأستاذ الدكتور هشام مورو (الجراحة العامة).

الأستاذ الدكتور هاشم فؤاد (الأنف والأذن والحنجرة).

الأستاذ الدكتور جمال أبوسنة (جراحة القلب والصدر).

الأستاذ الدكتور نبيل الجندى (الرمد).

وهؤلاء إذاً هم أقدم الأساتذة فى قصر العينى فى ١٩٨٧ وبوصولهم تبدأ الأجيال التالية من الذين وصلوا إلى درجات الاستاذية من خلال القانون الجديد، وفى غضون خمس سنوات أخرى يكون أقدم الأساتذة قد

رقوا تبعا للقانون الجديد فى كل من الدرجتين : درجة أستاذ مساعد ودرجة أستاذ.

ومن المتفق عليه أن القانون ٤٩ لسنة ١٩٧٢ قد وضع حلولا لمشكلة الاختناقات وتأخر الترقى فى وظائف هيئة التدريس نتيجة عدم تناسب النمو فى الدرجات الوظيفية المتاحة مع النمو المطرد فى هيئة التدريس ، كما كفل هذا التصرف القانونى تأمين مستقبل أعضاء هيئة التدريس وانصرافهم إلى خدمة الجامعة فى اطمئنان دون تفكير فى تركها أمام مختلف المغريات، ذلك أن المشروع قد نجح فى أن يفصل بين الألقاب العلمية وبين الوظائف بدرجاتها المالية، وجعل منح هذه الألقاب كما تقول مذكرته التفسيرية رهنا بثبوت الأهلية العلمية وحدها بعد مضى المدد المتطلبة على أن يعتبر هذا المنح فى مقام التعيين، وتسرى عليه أحكامه ، وتترتب عليه آثاره فيما عدا الناحية المالية، وعلى أن يجرى تدبير الوظائف بدرجاتها المالية لمن تم منحهم اللقب العلمى فى السنة المالية التالية على الأكثر (أى فى أول يوليو التالى لاستحقاق اللقب العلمى وهى مدة لا تزيد بالطبع عن عام واحد على أكثر تقدير) .

وخلافا للظاهر، لم يحمل هذا الحكم الخزانة الحكومية بعبء زائد نظرا لما جرت عليه الحال فى السنوات الأخيرة من السير على سياسة رفع الوظائف بطريقة شبه أوتوماتيكة .

وقد استتبع الفصل بين الألقاب العلمية والوظائف المالية خطوة أخرى تقرر بمقتضاها إلغاء كراسى الأستاذية وادماج وظيفتى «الأستاذ ذى الكرسى» و «الأستاذ» الحاليتين ، وقصر الإعلان عن الوظائف على الحالة التى لا يوجد فيها مُؤهل من داخل الكلية أو المعهد لشغل الوظيفة الأعلى!!

وليس من شأن ذلك (كما ذكر الدكتور شمس الدين الوكيل وزير التعليم العالى فى المذكرة التى أرفقها بالقانون) تقوقع الجامعات على نفسها كما قد يظن أو إقفالها الباب أمام كفاءات من خارج الجامعات. فالباب لايزال مفتوحا لهذه الكفاءات إذا لم يستوف مَنْ فى الداخل المدد المتطلبة لتعيين أو استوفوها وثبتت عدم أهليتهم العلمية. ومن الطبيعى الابتداء بالتنقيب عن الكفاءات من داخل الجامعات أولا ثم البحث عنها خارج الجامعات عند العجز أو القصور، فضلا عن أن الإحصاءات شاهدة بأن نسبة الدخول فى هيئة التدريس من خارج الجامعات كانت دائما ورغم نظام الإعلان المبتدأ والمطلق أندر من النادر.

ومع هذا فإن ضمانات الحفاظ على عملية فتح الباب أمام دخول الجامعة للكفاءات التى خارجها ليست من القوة ذات الدرجة التى تتمتع بها ضمانات الإغلاق !!! هكذا قال الدكتور شمس الدين الوكيل، ويبدو أن الأيام قد أثبتت أنه كان يحسن الظن باكثر مما ينبغى ، وربما كان الأمر بحاجة إلى تدارك مبكر لما أشرنا إليه فى مواضع أخرى من تفاقم ظاهرة التزاوج الداخلى فى الجامعات المصرية نتيجة هذا الانغلاق الذى سادها ، والذى لابد من التصدى له ولو بطريقة جزئية تنص على ضرورة دخول دماء جديدة للجامعة كل عام بنسبة مئوية محددة على الاقل .

وقد ذكر الدكتور شمس الدين الوكيل أن إلغاء نظام كراسى الأستاذية لم يكن بدعة بل «هو الاتجاه الغالب اليوم فى جامعات الدول المتقدمة، ولم تكن هذه الكراسى إلا رمزا لتخصصات معينة، وهذه التخصصات ما تزال باقية فى نظام الفصل بين الألقاب العلمية والوظائف المالية، بل هى أكثر انفتاحا واتساعا لكل مَنْ هو أهل لحمل أمانتها دون تقيد بعدد محدود يشغلها، وهو ما يكفل تكافؤ الفرص بين الأكفاء فى بلوغ مركز الأستاذية وهو قمة المراكز

العلمية فى الجامعة». وترك القانون أمر تحديد تخصصات الأستاذية للائحة الداخلية لكل كلية أو معهد وفق ما تمليه المقاييس العلمية الموضوعية المجردة.

المعيدون :

قبل أن نبدأ فى الحديث عن دور هذه الطائفة فى التعليم الطبى فإن من المستحسن أن نسترجع من محاضرات بعض كبار الشخصيات الجامعية التى يلقونها فى برامج تأهيل مدرسى الجامعة بعض فقرات توضح أهمية الدور الذى يؤديه القائمون بهذه الوظيفة ، ومن مجموعة محاضرات «أسس التدريس الجامعى» التى نشرها مركز البحوث التربوية بجامعة القاهرة نقتطف من محاضرة الأستاذ الدكتور إبراهيم العدوى هذه الفقرات :

« إن المعيدين هم خلاصة آلاف الطلاب الذين يفدون إلى الجامعة، والثمرة المنتقاة التى تفرزها عملية التعليم الجامعى، ولذلك تختارهم الجامعة وتكلفهم بالعمل ليكونوا هيئة التدريس بها فيما بعد. ولذلك يجب أن ينظر إلى هذه الفئة نظرة خاصة تراعى تكوينهم العلمى، ليكونوا أعضاء هيئة تدريس صالحين، ودورهم التربوى ليستطيعوا أن يكونوا مؤهلين لتعليم الأجيال القادمة».

«إن مهمة هؤلاء مهمة مزدوجة، لأن عليهم أن يكونوا باحثين من جانب، وعليهم أن يكونوا مدرسين من جانب آخر يقومون بتوصيل معلوماتهم توصيلا ناجحا إلى طلابهم فى المستقبل.

لاشك إذاً فى أهمية تشجيع الشباب على الاستمرار فى التنافس على شغل هذه الوظيفة لأنها وظيفة مهمة فى الكيان الجامعى من ناحية البحث

ومن ناحية التعليم ومن ناحية تكوين الكوادر ومن ناحية رابعة هى الناحية الاجتماعية الجامعية. وفى هذا يقول الدكتور العدوى أيضا :

« وهناك ملاحظة فى غاية الأهمية لايمكن إغفالها، وهى أن ظروفنا الحاضرة تفرض على الجامعة أن تقبل أعدادا كبيرة، والأعداد الكبيرة لا يتاح لها الاتصال المباشر بأعضاء هيئة التدريس وهنا تظهر أهمية المعيدين فى الاتصال الطلابى، ولكن ينبغى أن يُرَشد هذا الاتصال على الوجه الذى يحقق الخير للعمل العلمى الذى فيه خير للوطن».

وبعد أن يتحدث الدكتور العدوى (فى محاضرته المخصصة للحديث عن دور المدرسين المساعدين والمعيدين فى التعليم الجامعى)، عن جوانب البحوث العلمية المطلوبة من طبقة المعيدين يركز بصفة خاصة على الصلة بين الطلاب والمعيدين، وهى الصلة التى ربما تجاوز ، عن اضطرار ، عن الإشارة إلى الصيغة غير النموذجية التى وصلت إليها فى ظل نظام كالدروس الخصوصية.. ومع هذا فنحن ننقل عنه حديثه عما يجب أن يكون:

وأما الجانب الثانى وهو إعدادهم لكى يكونوا مدرسين يقومون بتوصيل ثمار أبحاثهم إلى الطلاب فإنه يقتضى عدة أمور مهمة، فعملية التعليم لا تتم إلا من خلال مدرس وطالب ومادة علمية. ومعنى هذا أن الطالب عنصر مهم جدا فى هذا الجانب، ولاشك أن الطلاب هم الشق الثانى لبناء الجامعة، فالجامعة طلاب وأساتذة».

وهنا يبرز دور المعيدين الأساسى وميزتهم الكبرى إذ إنهم أقرب إلى الطلاب من حيث السن وأقرب إلى الأساتذة من حيث البنوة العلمية واتصالهم بأعضاء هيئة التدريس، ولذلك فإن عليهم أن يكونوا أدوات صالحة للتوصيل، وهم بطبيعة عملهم كمعيدين يتصلون بالطلاب من خلال

التدريب أو غيره ولديهم فرصة نادرة لتكوين شخصيتهم القيادية والجامعية. فمن المعروف أن الطلاب يتعلقون بالمادة العلمية التى يألفون مَنْ يقوم بتدريسها. ومن المعروف أيضا أن الطلاب ينزعون إلى الاقتداء بالقريبين منهم فى السن، ولذلك من الممكن أن يصبح المعيد من هؤلاء. إذا إحسن انتهاز هذه الفرصة - شخصية محبوبة بين الطلاب فهو بحكم كونه شابا عليه أن يعيش سنه ولايتنكر لزملائه من الشباب، كما أنه أقدر على فهم مشكلات الطلاب من أساتذته الذين قد يمنعهم عامل السن من مخالطة الطلاب على نحو يسمح به للمعيد، وربما تمنع الهيبة طلابه من الاختلاط به، فالمعيد عليه أن يتفهم مكشلات الطلاب ويفتح لهم صدره، ولن يجد فى ذلك عناء، فهم قريبون منه وهو قريب منهم، واتصاله بالطلاب عن هذا النحو الذى لا ابتذال فيه ولا تعال يتيح له (ومن ثم للجامعة) أن يوجد قدوة صالحة وشخصية محبوبة، كما أن هذا يضمن له النجاح فى أداء مهمته العلمية فيما بعد، إذ أن الطلاب سيقبلون عليه ويتكلفون المشقة فى سبيل إرضائه والتقرب منه بحب مادته لأنهم أحبوه.

ولعلنا نخلص من هذا كله إلى أن وجود المعيدين هو بمثابة أمر ضرورى وحيوى فى أى نظام جامعى متزن .

ومع أن المدرسين المساعدين والمعيدين يمثلون فى العرف الجامعى المصرى طبقة واحدة تقريبا هى طبقة مساعدى هيئة التدريس إلا أن واقع الأمر فى هذا المحيط نفسه أن الفارق بين شاغلى هاتين الفئتين عادة ما يكون ملحوظًا على أشد ما يمكن للتميز أن يكون ، وذلك بحكم عوامل عديدة ليس أقلها الدرجة العلمية، ومرحلة البحث التى فيها كل منهم...الخ.

ربما كانت هذه المقدمة التى تبدو كالبديهيات ضرورية للحديث عن مشكلة تختص بها كليات الطب دون غيرها من الكليات الجامعية ، وهى أن وظيفة المعيد تكاد تكون غائبة تماماً عن هذه الكليات .

ونظرة واحدة إلى جداول الإحصاءات فى هذا الكتاب كفيلة بأن ترينا كيف أن الأقسام الإكلينيكية فى كليات الطب المصرية أصبحت تفتقد وجود المعيدين، ولابد أن نفصل القول فى أسباب هذه الجزئية ، ويرجع هذا فى الأساس إلى استغراق وظائف الأطباء المقيمين لكامل الفترة الزمنية المخصصة لمثل هذه الوظيفة وهى الفترة التى يكون فيها الخريج المعد لتولى وظائف عضو هيئة التدريس مشغولاً بالفعل بقضاء فترة النيابة، وفى اثنائها فإنه يتم عمله من أجل الحصول على درجة، وغالبًا ما يحدث هذا قبل انتهاء فترة النيابة بحيث يصبح بعدها (فى الغالب) مؤهلا لشغل وظيفة مدرس مساعد مباشرة.

وربما نسارع إلى نفى الظن بأننا ندعو إلى إنشاء وظائف للمعيدين إلى جوار وظائف الأطباء المقيمين والمدرسين المساعدين، فليس هذا حلا على الإطلاق، إذ لابد للتعليم الطبى الاكلينيكى المتخصص من قضاء الأطباء (المرشحين له) فترة زمنية فى وظائف الأطباء المقيمين فى الأقسام الإكلينيكية، وهذا هو المتبع بالفعل فى كل كليات الطب فى العالم، لكن الأفضل أن نترجم الواقع الحادث فعلا بأن يُعيّن هؤلاء النواب معيدين إكلينيكيين فى نفس الوقت، أى أن تكون وظائفهم كسائر وظائف الجامعة الأخرى. حيث نرى أستاذ الباطنة فى كل العالم يكتب على بطاقته أنه أستاذ الأمراض الباطنة فى كلية الطب ومستشفيات الجامعة !! والأستاذ المساعد كذلك، وكذلك المدرسون والمدرسون المساعدون !!

ومن ثم ينبـغى لنا أن نتـسـاءل لماذا لا يكون هؤلاء الأوائل من الأطبـاء المقيمين معيدين فى الكلية وأطباء مقيمين فى المستشفى فى الوقت ذاته ؟ وتكون وظائفهم قائمة فى كليات الطب ومستشفى الجامعة فى الوقت ذاته.

ونحن هنا ننظر للأمر من واقع الإيمان بأهمية وظيفة المعيد على نحو ما قدمنا.

لا يستطيع أحد أن ينكر أن طائفة الاطباء المقيمين مع واسع سلطاتها وإسهاماتها الفعلية لا تحظى حتى الآن بمكانة واضحة فى الهيكل الجامعى، وأن أفرادها فى غالب الأمر يجدون أنفسهم فجأة وهم مرشحون لشغل وظائف المدرسين المساعدين، كما أنهم قد يجدون أنفسهم يبحثون بعد انتهاء النيابة عن أى وظيفة من وظائف المعيدين التى شغلها أقرانهم فى الثانوية العامة (بل مَنْ هم دونهم يومها) قبلهم بثمان سنوات كاملة على الأقل !!

وعلى سبيل المثال فالمتفوقون من الحاصلين على الثانوية العامة فى عام ١٩٧٥ عُينوا معيدين فى كليات التجارة والآداب.. منذ يوليو ١٩٧٩ على حين أن نظراءهم فى الطب لم يعينوا معيدين فى الطب إلا فى يناير ١٩٨٧!! وبعضهم لا يزال ينتظر دوره، وهذا بالطبع على افتراض عدم التعثر فى الحالتين!!

ومن الإنصاف أن نذكر أن الطبيب الذى عين فى يناير ١٩٨٧ لن تمضى عليه الشهور الأولى من ١٩٨٧ إلا وقد نال درجة مدرس مساعد.. حتى وإن كان هناك احتمال ضئيل فى بعض هذه الكليات لأن يكون بعضهم لم ينل مثل هذه الدرجة بعد..

والواقع أن النظرة إلى هذه الجزئية لاينبغى أن تُبنى على الفوائد التى تعود الأشخاص ولكنها ينبغى أن تنصرف فى المقام الأول إلى تحقيق الفعالية القصوى من توظيف الأشخاص لخدمة الكادر الجامعى.. ومادام

الكادر الجامعى فى حاجة إلى هذه الوظيفة فلا بد أن ينتقى لها مَنْ هم أحق بها!!! ومن الواضح أننا نقصد بهذا هولاء الأطباء المقيمين الذين يقتصر دورهم وعملهم حتى الآن على المستشفيات الجامعية!!! ذلك أن وضع الأطباء المقيمين (النواب) فى المستشفيات الجامعية، لا يزال يمثل، كما أشرنا، وضعا غريبا بعض الشىء.

وقد زيدت فترة النيابة من سنة إلى سنتين إلى ثلاث سنوات، ولما كان تعيين الأطباء المقيمين يتم بعد قضاء الخريج عام الامتياز أى وهو فى سن الخامسة والعشرين إلى السادسة والعشرين تقريبا من عمره، وقد أجل تجنيده بحكم انتظامه فى الدراسة فى الكلية ثم فى سنة الامتياز، فقد أصبح على هؤلاء المختارين لوظائف الأطباء المقيمين الانصراف أولا إلى تأدية الخدمة العسكرية، والتى أصبحت مدتها تقتصر على حوالى ١٥ شهرا بفضل تعاطف تشريعات القوات المسلحة وتقديرها لأهمية وظائف النواب والمعيدين وذلك من منطلق الحرص الوطنى المقدور على عدم تعطيلهم عن الانتظام فى سلك البحث العلمى.

وبهذا فإن فترة النيابة أصبحت تتفاوت من حوالى ٢١ شهرا بالنسبة للأطباء المقيمين الذكور الذين لم يعفوا من أداء الخدمة العسكرية إلى ٣٦ شهرا بالنسبة للطبيبات (اللائى لا يحصلن على إجازات حمل أو وضع أو رعاية طفل) والأطباء المقيمين الذكور الذين أعفوا من أداء الخدمة العسكرية، وهكذا يصبح التكوين العلمى لأفراد هذه الطبقة محل تفاوت كبير من حيث الفرص الكفيلة ببناء الخبرة المتاحة، ومن حيث الخدمة المؤداة.

على أنه بعد هذه المدة كلها فإن هؤلاء يقفون مرة أخرى (وقد أصبح متوسط عمرهم ٢٩ عاما) فى انتظار التعيين فى وظائف المعيدين (أو

المدرسين المساعدين) فى الأقسام الإكلينيكية التى قضوا بها فترة النيابة !!
ولا يُعلن لهم عن هذه الوظائف إلا تبعًا لحاجة الأقسام (وهو تعبير يحتمل كثيرا من الأحكام الذاتية والأهواء الشخصية)، ويُعين هؤلاء فى وظائف المعيدين.. فإذا كانوا قد وفقوا خلال السنوات الثلاثة إلى الحصول على درجة الماجستير فإنهم قد يحظون برفع درجاتهم (ربما بعد تسلمهم العمل بأيام) إلى وظائف المدرسين المساعدين.

وهذا هو الوضع الأغلب الذى يصادفه معظم الأطباء الذين تمتعوا بتفوق ظاهر فى البكالوريوس مما أهلّهم لشغل هذه الوظائف المرموقة التى تلقى إقبالا يفوق بمراحل ما قد يلقاه الإقبال على وظائف المعيدين فى الأقسام الأكاديمية... ثم إنهم قد اتيحت لهم فرصة العمل فى مستشفيات الكليات التى يدرسون بها للماجستير.. ولما كانت دراسة الماجستير تستغرق عامين على الأقل (حسب قانون الجامعة) فإن سنوات النيابة الثلاثة تكون فى العادة وكما أشرنا من قبل ، كفيلة بتمكين النواب من الحصول على الماجستير قبل انتهاء النيابة بسنة كاملة.. ولكن أحيانا ما يكون الأمر الواقع غير ذلك:

(أ) ففى بعض الأحيان لا يتم تعيين الأطباء المقيمين إلا بعد شهر إبريل.. وبالتالى فإنه لا يمكنهم التسجيل للماجستير فى دور إبريل.. وينتظرون التسجيل فى دور أكتوبر.

(ب) وفى بعض الأحيان تشترط بعض الأقسام مرور فترة من النيابة قبل السماح بالتسجيل.

(جـ) وفى بعض كليات الطب لا يتم التسجيل فى إبريل وأكتوبر وإنما فى أكتوبر فقط.

وهكذا تتأخر (فى هذه الحالات الثلاث) نقطة البداية عند بعض هؤلاء الأطباء المقيمين وتؤثر بالتالى على تاريخ انتهائهم من درجة الماجستير.

(د) وفى أحيان قليلة أخرى يتأخر الأطباء المقيمون فى إعداد رسالة الماجستير، ومن ثم تمتد مدة حصولهم على الماجستير لأكثر من سنتين.

غير أنه من الملاحظ أنه على مدى الفترة الماضية كلها ومنذ بدأ التسجيل للماجستير كدرجة علمية فى قطاع التعليم الطبى (أى منذ ١٩٧٣) فإن أغلب الأطباء المقيمين كانوا فى العادة ينتهون من هذه الدرجة فى عامين ونصف على أكثر تقدير، وبالتالى فإنهم كانوا يصبحون مع انتهاء فترة النيابة أو بعدها بقليل جدا مستحقين أو مؤهلين لدرجة مدرس مساعد.

وهذا يفسر لنا كيف أن وظيفة معيد فى السلم الجامعى فى الأقسام الإكلينيكية بكليات الطب تبدو غير مشغولة فى كثير من الأقسام. فهى ليست إلا وظيفة انتقالية ريثما تتم عملية موافقة مجلس الكلية والجامعة.. الخ.. على منح درجة مدرس مساعد.

ومع هذا فإن الأمر لا يخلو، كما أشرنا، من بعض استثناءات تعد على أصابع اليد الواحدة وتعكس اتجاهات بعض الأساتذة فى تقديرهم الظاهر والباطن لنوابهم ولأقسامهم.

* * *

بعد هذا كله يمكن لنا أن نبلور أفكارنا فيما يتعلق بالوضع القائم ومقترحاتنا لتطويره على النحو التالى :

أولاً : تلخيص الوضع القائم:

مـرحلة «النيـابة» أو وظائف الأطبـاء المقـيـمين فى الأقسـام الإكلينيكيـة مـرحلة فريدة فى كليات الجامعة كلهـا، ففى كل كليات الجامعة يتم التعيين فى وظائف المعيدين منذ التخرج، وينطبق هذا على بعض أقسام كلية الطب نفسها (وهى الأقسام الأكاديمية) حيث يتم التعيين فى وظائف المعيدين فى هذه الأقسام بعد انتهاء فترة الامتياز مباشرة، لكن الأقسام الإكلينيكية فى كلية الطب لا تبدأ بتعيين المعيدين والمدرسين المساعدين إلا بعد قضائهم فترة النيابة، وتحذو حذوها فى هذا المبدأ بعض أقسام كليات طب الأسنان وهى أقسام إكلينكية ايضا تأخذ بما يتوازى مع نظم جامعات الخارج.

ويمكن لنا ، بداية ، أن نسجل بعض الملاحظات التى أسفر عنها الأخذ بهذا النظام فى إطار قانون الجامعات الحالى:

(١) زيادة ارتبـاط النائب بقسمـه وأستـاذه، وذلك من باب الحـرص على نيل التقدير المؤهل للتعيين فى سلك المعيدين بعد ذلك.. ومع هذا فإنه فى بعض الكليات التى ترسخ وتكرس فيها تقليد تعيين كل الأطباء المقيمين فى وظائف المعيدين فقد أصبح هذا العامل الإيجابى أكثر ارتباطاً بالعوامل التى تحكم حياتنا المصرية المعاصرة، وتغلب ارتباطه بهذه العوامل على ارتباطه المفترض بمستوى الأداء بالقيم والأخلاق والطباع التى تربى عليها العاملون، لا أكثر ولا أقل، ومن ثم فإن جـزئيـة الارتباط أو الانتمـاء هذه سرعان ما أصبحت مسألة نسبية يختلف تقديرها، ولهذا فإن أحدا لا ينكر اضطراد نمو المعاناة النفسية وبعض ملامح وسمات الأمراض الاجتماعية فى شخصيات النواب الذين يضطرون للمعاناة من تعدد أصحاب الرؤى والهوى فى تقويمهم.

(٢) ارتفاع معدلات إحساس الطبيب المقيم بتدنى (أو حرج) وضعه إذا ما قورن بالوظائف الأخرى : وذلك أنه رغم تفوقه الظاهر وأهمية وخطورة منصبه، واتساع مدى صلاحياته فإنه يجد نفسه مدرجا تحت عنوان «العاملين فى الجامعة» وليس تحت عنوان «مساعدى أعضاء هيئة التدريس» مثل زملائه من المعيدين فى الأقسام والكليات الأخرى..

فى الواقع فإن المعاناة من هذا الوضع تمتد لتشمل ثلاثة مجالات مهمة هى:

- ☐ التصرفات القانونية حيث يُعامل هذا الطبيب المتفوق معاملة الموظف المؤقت فحسب، ويعانى من بعض مظاهر تسلط الإدارة أو تعسفها غير المبرر من خلال إدارات الشئون القانونية .

- ☐ العلاج : حيث لا يحظى الطبيب المقيم بنفس مزايا علاج معاونى هيئات التدريس وتتفاقم هذه المشكلة فى الحالات الحرجة، والأمراض الخبيثة والحوادث والاصابات وتنسحب بالتالى إلى حالات الوفاة ومشكلاتها القانونية.

- ☐ الامتيازات الجامعية التى يكرسها الانتماء لكادر هيئة التدريس حيث لا يعد الطبيب طيلة هذه السنوات الثلاث كواحد من معاونى هيئة التدريس.. وهى جزئية قد تمر مر الكرام طيلة ثلاث سنوات، ولكنها عندما توضع على نطاق البحث فإنها كفيلة بأن تترك مرارة هائلة حتى فى نفوس أكثر النواب قدرة على الصفاء! على سبيل المثال فإنه فى بعض الجامعات تصرف مكافآت الامتحانات من خلال تقسيم فئوى، وينال العاملون فى المستشفيات الجامعية نسبة أقل من العاملين فى إدارات الجامعة المختلفة، وهكذا يجد النائب نفسه مقدرًا بنسبة أقل من النسبة التى صرفها زميله المعيد فى الأقسام

الأكاديمية، وذلك بسبب عدم انتمائه إلى وظائف مساعدى أعضاء هيئة التدريس.

وفى بعض الأحيان يجد بعض أصحاب المناصب الرئاسية فى الجامعة (وقد يكون منهم أطباء للأسف) لذة فى أن يعلنوا للنواب على الملأ أنهم ليسوا تابعين لكلية الطب وإنما للمستشفيات الجامعية !! وكأن المستشفى الجامعى ليس جزءا من كلية.

ولايستصغرن أحد أثر مثل هذه التصرفات فإن مثل هذه الأمور الصغيرة كفيلة بأن تنمى روحا خطرة لا أبالغ إذا قلت هى نفس الروح التى أسهمت فى القرن التاسع عشر فى تدمير التعليم الطبى فى مصر على نحو ما فصّل على باشا إبراهيم القول وعلى نحو ما نقرأ فى كتابنا عنه.

(٣) تأخر البدء فى مرحلة النضج البحثى والتعليمى إلى ما بعد سن الثلاثين، وهكذا تتأخر المرحلة التى تتاح لأقران هؤلاء النواب من المعيدين فى الكليات الأخرى فى سن الثانية والعشرين.

ومن المعروف أن رسالة الماجستير التى تمثل أول جهد بحثى مطلوب من الطبيب المقيم الذى سيصبح (فى الغالب) عضوا فى هيئة التدريس (فيما بعد ذلك) لا تستأهل حتى الآن من التقدير الرقمى لدرجة الماجستير أكثر من ٢٠٪ من درجات الماجستير التى تتوزع على امتحانين (جزء أول ثم الرسالة ثم جزء ثانى..).

وأمام تضاؤل الأهمية النسبية للرسالة (والتى لا تتراوح درجة المتقدم فيها إلا فيما بين ٨٠٪ - ١٠٠٪ حسبما أرتنا التجربة الحالية على مدى ١٥ عاما) ومع ضيق الوقت المتاح لإعدادها فإن رسائل الماجستير فى العلوم

الطبية قد أصبحت أقل فى مستواها العلمى من الرسائل الجامعية فى التخصصات العلمية الأخرى فى سائر الكليات الجامعية، وهذا أمر طبيعى مع ضيق الوقت المتاح، وبإمكان مَنْ يريد أن يدرس هذه الظاهرة أن يعود إلى محاضر جلسات مجالس الأقسام ولجان الدراسات العليا وبوسعه أن يتأمل الموقف من خلال حساب متوسط المدد المتاحة للبحث العلمى من خلال هذه الرسالة وهذه الدرجة.

وتتبع مثل هذا ليس بالأمر الصعب وإنما هو من الأمور التى يسهل إنجازها من واقع محاضر جلسات المجالس الجامعية بدءا من تاريخ الموافقة على التسجيل إلى تاريخ الموافقة على المناقشة وهذه المدة قد تنخفض إلى شهرين وقد يكون متوسطها فى حدود الشهور الستة.

ويضاف إلى هذا التباعد الحتمى عن روح البحث العلمى ومنهجه ظاهرة أخرى تتمثل فى الغياب السابق والمؤكد لعنصر «البحث» على مستوى العملية التعليمية فى التعليم الطب المصرى فى مرحلة البكالوريوس، على حين أن «البحث» أو «مادة البحث» تجد مجالا رحبا فى الكليات الأخرى..

* * *

وهكذا يمكن لنا أن نصل إلى إدراك حقيقة مهمة، وهى أن الطبيب المنتسب إلى سلك الجامعة فى التخصصات الإكلينيكية قد لا يبدأ فى ممارسة مهمة البحث العلمى ولا مهمة التعليم، إلا عندما يصبح مدرسا مساعدا، وتضيع منه (أو تضيع على نظامنا الطبى) فرصة الإفادة مما يمكن له أن يفيد منه من خلال فترة «المعيد».. وذلك بحكم أن الأطباء المقيمين يتخطون، عمليا، مرحلة المعيد لأنهم لايبقون فيها كثيرا ولا قليلا.. بل يمكن القول إنهم يبدأون السلم الجامعى من درجة مدرس مساعد.

* * *

وربما يقتضى الموقف فى هذا المقام الرجوع مع التاريخ بضع خطوات إلى الوراء لتأمل التطور التاريخى :

☐ فيما قبل ١٩٧٢ لم تكن درجة مدرس مساعد موجودة فى السلك أو الهيكل الجامعى وإنما كانت درجة معيد تضم كل أولئك الذين لم يحصلوا على الدكتوراه، ومنهم الحاصلون على الماجستير، بالإضافة الذين لم يحصلوا عليه بعد (وكان هذا هو السائد على الدوام باستثناء فترة قصيرة فى تاريخ التعليم الجامعى المصرى وجدت فيها هذه الدرجة فى الخمسينات).

وحين شرع القانون الجديد (٤٩ لسنة ١٩٧٢) فى إعادة هذه الدرجة فى السلم الجامعى كتب وزير التعليم العالى يومها فى المذكرة الإيضاحية للقانون يقول إنها استحدثت «كضرب من الحوافز والميزات للمعيدين الحاصلين على درجة الماجستير أو ما يعادلها وهم يلجون المرحلة الأخيرة قبل الدخول فى سلك أعضاء هيئة التدريس».

* * *

لهذه الأسباب كلها فإننا نرى أن المكانة الوظيفية الأطباء المقيمين فى الهيكل الخاص بأعضاء هيئة التدريس قد أصبحت تستدعى نوعا من التحديد والتمييز بحيث تحقق هدفين متوازيين لمن يشغلها:

أولهما : أن يؤدى ما يؤدى المعيد من وظائف أشرنا إليها من قبل.

ثانيهما : ألا تقل مكانته الجامعية والوظيفية والعلمية عن مكانة (المعيد) كواحد من مساعدى هيئة التدريس.

وربما يتحقق مثل هذا الهدف النبيل إذا ما لجأنا إلى طريق قصير ومباشر من قبيل أن نعتبر أن وظيفة الطبيب المقيم موازية تماما وقانونا للمعنى أو للفظ الذى يعبر عنه مصطلح «معيد إكلينيكى» مثلا، وتكون المدة الافتراضية لوظيفة المعيد خمس سنوات يعمل منها طوال ثلاث سنوات كاملة كطبيب مقيم ، وهو فى هذه الحالة معيد وطبيب مقيم وهكذا يصبح من حق هذا الطبيب المقيم أن يستمر فى وظيفة أو درجة «معيد» عامين آخرين فى صورة «معيد» عادى وليس «معيد إكلينيكى» شاغلا بهذا ما يوازى الفرصة التى تتاح للمعيدين فى التخصصات الأخرى للحصول على درجة الماجستير .

* * *

هكذا يمكن لنا أن نقنن فترة البقاء فى وظيفة معيد عامين آخرين (بالاضافة إلى فترة الطبيب المقيم) بحيث تكتمل الفرصة التى تتاح قانونا للمعيدين فى التخصصات الأخرى فى مثل هذه الوظيفة حتى يتم لهم للحصول على درجة الماجستير، وهى المدة التى تسمح بها القوانين (الآن) قبل أن يُحولوا إلى وظائف إدارية.

و هكذا تكون الحال بالنسبة للنائب فى الأقسام الإكلينيكية الذى تتاح له (افتراضاً) الآن بفضل النظام الحالى ٨ سنوات كاملة للحصول على الماجستير، وهو ما قد يهدد نظامنا الطبى الجامعى فى المستقبل إذا لم يوجد الحماس للتعلم عند بعض هؤلاء!!!.

أما أولئك الذين يتمون الماجستير مع نهاية السنوات الثلاث فينقلون إلى درجة مدرس مساعد متى توافرت لهم هذه الدرجات أو يمنحون اللقب

العلمى حتى تتوافر الدرجة المالية (كالحال فى درجات هيئات التدريس الجامعية).

* * *

وأما أولئك الذين يتمون الماجستير قبل انتهاء النيابة فإن عليهم الانتظار إلى أن يتموا المدة المؤهلة لتعيينهم فى وظائف مدرسين مساعدين !!

كذلك فإن بإمكان الذين حصلوا على أجازات (لأى سبب) فى أثناء فترة النيابة (أى فى خلال السنوات الثلاث الحالية) أن يتموا مدة النيابة كاملة (٣٦ شهرًا) خلال العامين التاليين، وهكذا يصبح أمام مَنْ ينشغلون فى أداء الخدمة الوطنية العسكرية (أو تنشغلن بالحمل أو الولادة أو الرضاعة) أن يتموا قضاء مدة النيابة كاملة بحيث لا يكون تأهليهم العملى والإكلينكى أدنى من زملائهم الذين أتموا ثلاث سنوات فى هذه الوظيفة.

* * *

ومن العجيب فى هذا الصدد أنه ليست هناك مدة محددة يشترط قضاؤها فى النيابة للتعيين فى وظيفة مدرس مساعد غير الحصول على الماجستير!! وهكذا نجد أنفسنا أمام منطق شاذ فى ظل الأوضاع الحالية، فإذا كان هناك نائب حاصل على الماجستير فى أثناء نيابته ففى وسع الكلية أن تعينه مدرسا مساعدا بينما ليس فى وسعها أن تعينه معيدا ما لم يستوف مدة السنوات الثلاث فى النيابة (والتعيين فى الحالتين عن طريق الإعلان).

ومعنى هذا أن مرحلة (معيد) فى الكادر الوظيفى لأطباء الأقسام الإكلينيكية يجوز تخطيها بمنتهى السهولة.. وهذا هو المعنى الذى نود لفت

النظر إليه، فمادام النواب هم نظراء المعيدين فعلا فلماذا لا نعتبرهم كذلك بالفعل؟

* * *

ومع هذا كله فإن الأمانة تقتضى أن نركز على ناحية مهمة قد يكون الزمن قد أغفلها مع مروره، فقد كان القصد فى الماضى من توسيع قاعدة تعيين الأطباء المقيمين (مع افترض ألا يكونوا كلهم فى المستقبل معيدين)، هو إتاحة الفرصة أمام مستشفيات وزارة الصحة للإفادة مستقبلاً من تدريب أكبر عدد ممكن فى الجامعة. ثم إتاحة الفرصة أمام مستشفيات وزارة الصحة والهيئات الأخرى للاستفادة من هؤلاء النواب الذين لم يعينوا فى وظائف هيئات التدريس.

ولاشك أن هذا القصد وجيه.. بل أوجه ما يمكن، وهو فى حد ذاته يمثل أيضا «أوجه» حجة يرفعها من يؤيدون استمرار وضع النواب، كما هو عليه الآن.

ومن الحق قبل أن نرد على هذه الفكرة أن نذكر أن أعظم أطبائنا العاملين الآن فى معظم عواصم المحافظات فى جميع التخصصات كانوا جميعا من هذه الطبقة التى قضت نيابتها فى كليات الطب فى القاهرة وعين شمس والإسكندرية، ثم عملت فى وزارة الصحة مباشرة وباتصال وتولت رئاسة أقسام المستشفيات العامة.

بل كان بعض هؤلاء هم نواة الجامعات الإقليمية حين نشأت، فقد واصلوا دراساتهم طيلة الفترة التى انقضت منذ انتهاء نيابتهم، وحتى قبيل

افتتاح كليات الطب الإقليمية، فلما أعلنت هذه الكليات فى طنطا والمنصورة والزقازيق وشبين الكوم والإسماعيلية والمنيا وبنها، بل فى الأزهر، عن حاجتها كان هؤلاء قد استكملوا تأهيلهم بالفعل.

وبالطبع فإن أحدا لا يستطيع إنكار ضرورة قيام الجامعة بواجبها فى تخريج مثل هذه الطبقة!

ولكن كل هذا يصبح كلاما نظريا حين نواجه بالأمر الواقع الجديد (!!) فى صور ثلاث:

الصورة الأولى: حين نجد أن كل الأطباء المقيمين (من خلال اللجوء إلى القضاء الإدارى) يعينون فى وظائف المعيدين والمدرسين المساعدين، وبالتالى فإن الحديث عن النظام القديم ومبراته وآلياته أصبح يمثل حديثا عن نظام نظرى لتحقيق الهدف النادر، ولا يتحقق النادر، ولا يقاس عليه كما يقول الفقهاء فى الشريعة والقانون.

الصورة الثانية: حين شاء القدر أن يرسم لنا صورة حية لفشل هذه الفكرة، حين رفض كل الأطباء المقيمين الذين عينوا على قوة كلية طب بنها من دفعتى ديسمبر ١٩٧٩ وديسمبر ١٩٨٠ والدفعة التى بينهما يونيو ١٩٨٠ من خريجى كليات الطب المختلفة العمل فى وزارة الصحة بعد انتهاء نيابتهم، وبحثوا عن كل المنافذ الممكنة إلا وزارة الصحة.

الصورة الثالثة: حين يؤثر أصحاب الأمل فى بناء المستقبل الفردى والعائلى الانصراف إلى العمل سنتين أو ثلاثا خارج مصر عقب تعيينهم مدرسين مساعدين مباشرة وحتى قبل التسجيل لدرجة الماجستير!!

هذه الصور الثلاث تدلنا على أن بعاد القضية قد تغيرت مع الزمن، على أن معالجة الأمر ينبغى أن تنبع من أرض الواقع الجديد وذلك حتى لا نضطر لأن نجعل السلوك الفعلى شيئا مخالفا للوائح التى تكتفى بأنها موجودة على الورق فحسب!!

* * *

الباب التاسع

الواقع الحالى للموارد البشرية
فى
مؤسسات التعليم الطبى

الفصل السابع والعشرون

التوزيع الجغرافى لمؤسسات التعليم الطبى المصرية

ربما يكون من براعة الاستهلال أن نشير إلى أن التعليم الطبى الحديث فى مصر بدأ إقليميا، إذ بدأ فى أبو زعبل، ثم انتقل إلى قصر العينى.

وربما يكون من المهم أيضا أن نشير إلى دلالة الشعور الشعبى الجارف المصاحب لإنشاء كلية طب فى المنصورة حيث لا تزال الجماهير تسمى مستشفى كلية طب المنصورة - باسم جميل هو قصر العينى المنصورة حتى الآن، وذلك رغم استقلال جامعة المنصورة منذ ١٩٧٢، ووجود كلية الطب هناك منذ ١٩٦٢.

وربما يكون من المهم ثالثا أن نشير إلى أن ست كليات طب من الكليات المصرية تقع فى محيط دائرة ضيقة جدا قد يكون مركزها فى أى نقطة على رقعة الدلتا، ويكون محيطها شاملا فى الشرق: الإسماعيلية والزقازيق، وفى الغرب: طنطا وشبين الكوم، وفى الجنوب: بنها، وفى الشمال: المنصورة.

وإذا كانت مدينة ميت غمر على سبيل المثال أبرز المدن الكبيرة التى تقع

فى مركز هذه الدائرة، فإن فى وسع مواطنها أن ينتقل إلى أى واحدة من هذه العواصم الست فيما لا يزيد على ساعة من الزمن.

وإذا امتدت هذه الدائرة قليلا جدا إلى الجنوب لتشمل القاهرة فسوف تضم إلى هذه الكليات أربعا أخرى هى بالطبع التى فى قصر العينى والدمرداش والأزهر بنين وبنات. هذا فضلا عن معهد الأورام القومى فى جامعة القاهرة.

وإذا امتدت هذه الدائرة إلى الشمال فسوف تضم ما فى جامعة الإسكندرية من كلية طب ومعهدين آخرين.

ويبقى الوجه القبلى كله لا يتمتع إلا بكلية طب واحدة فى أسيوط ظلت تعانى من مشكلات عديدة فى بناء مستشفاها الجامعى حتى افتتحه الرئيس محمد حسنى مبارك الشهر الماضى.. وكلية أخرى عانت أشد المعاناة من هجمات أهل القاهرة واستكثارهم لوجودهم على أهل الوجه القبلى أو على عروس الوجه القبلى !!

وفى سوهاج آمال طموحة لبناء كلية الطب هناك تلاقى كثيرا من الكبت المتعمد..

وفى قنا آمال أخرى، ولكنها لا تجد حتى من يرتفع بها صائحا أو مناديا، وفى العدد الثالث عشر لمجلة البيئة لجامعة الزقازيق التى أشرف برئاسة تحريرها مقال ممتاز للدكتور الطاهر مكى وكيل دار العلوم فى القاهرة فيه حديث عن جامعة قنا يستأهل أن تطلع عليه نفوس لها قلوب حريصة على امتداد الجامعات وإشعاعها إلى مثل هذه المناطق!!

ومع أن الفيوم وبنى سويف فرعين لجامعة القاهرة العريقة ذات كلية الطب المتضخمة بالأساتذة وأعضاء هيئات التدريس إلا أن انتباهنا الوطنى إلى أهمية الخروج إلى هاتين الحاضرتين لم يجد بعد مجالا للعمل أو الأمل.

ومع هذا كله فإن النواة الواضحة لهذه الكليات تتزايد على محاور ثلاثة : المحور الأول: محور الأفراد والكفاءات التى أعدت نفسها بالفعل ليوم قادم بلا محالة إلى هناك، ومحور الآمال والوعى العام الذى يتزايد شئنا أم لم نشأ لأن العالم كله ينمو فى وعيه العام، ولم يعد فى وسعنا ألا نكون جزءا من هذا العالم بعد ما أصبح فى كل حقل من حقول الريف المصرى تليفزيون ينقل ما فى أرجاء مصر كلها والكون كله.

ثم المحور الثالث : وهو محور ارتقاء المهنة نفسها ولاشك أن مهنتنا الطبية ترقى يوما بعد يوم، حتى وإن أصاب مستوى أصحابها الانحدار لظروف قاسية أو مؤقتة، ومن رقى المهنة أن يكون لها معاهد للتعليم والتعلم، ولخدمة المجتمع على مستوى أرفع مما يتهيأ فى وزارة تقوم درجاتها على الاهتمام بالبيروقراطية قبل الاهتمامات الجامعية التى مهما أصابها فهى حريصة على الإصابة والإضافة والبحث والتجويد والمنافسة والارتباط العالمى.

إذا تأملنا قائمة المدن المصرية المرتبطة تبعا لتعداد السكان والتى نشرتها فى العدد الثالث عشر من المجلة البيئية لجامعة الزقازيق (سبتمبر ١٩٨٦) فسوف نجد قدرا من انعدام عدالة التوزيع فيما يتعلق بتوزيع كليات الطب على هذه المدن، وقد نقلنا ٢٥ مدينة من القائمة، ورمزنا لكليات الطب الموجودة فى هذه المدن برقم هو رقمها الترتيبى من حيث النشأة .

جدول رقم ٤١ : ترتيب مدن الجمهورية تنازليا حسب تعداد السكان*
مع ذكر كليات الطب مقابل كل مدينة مرتبة حسب تواريخ إنشائها

١ القاهرة	٥,٠٨٤,٤٦٣	١، ٣، ٧، ٩
٢ الإسكندرية	٢,٣١٨,٦٥٥	٢
٣ الجيزة	١,٢٣٢,٦٥٤	(القاهرة الكبرى)
٤ شبرا الخيمة	٣٩٣,٧٠٠	(القاهرة الكبرى)
٥ المحلة	٣٩٣,٨٥	لا يوجد
٦ طنطا	٢٨٤,٦٣٦	٥
٧ بورسعيد	٢٦٢,٦٢٠	لا يوجد
٨ المنصورة	٢٥٧,٨٦٧	٦
٩ أسيوط	٢١٣,٩٨٣	٤ ، ١٤
١٠ الزقازيق	٢٠٢,٦٣٧	٨
١١ السويس	١٩٤,٠٠١	لا يوجد
١٢ دمنهور	١٨٨,٩٢٧	يوجد مستشفى تعليمى مرتبط بالإسكندرية
١٣ الفيوم	١٦٧,٠٨١	١٦
١٤ كفر الدوار	١٦٠,٥٥٤	لا يوجد
١٥ المنيا	١٤٦,٤٢٣	١٣
١٦ الإسماعيلية	١٥,٩٧٨	١١
١٧ أسوان	١٤٤,٣٧٧	لا يوجد

* طبقا لإحصاء الجهاز المركزى المنشور فى مجلة جمعية المهندسين المصرية (١٩٨٢) .

١٨ بنى سويف	١١٨,١٤٨	١٥
١٩ شبين الكوم	١٠٢,٨٤٤	١٢
٢٠ سوهاج	١٠١,٧٥٨	١٧
٢١ قنـــا	٩٣,٧٨٧	لا يوجد
٢٢ دمياط	٩٣,٥٤٦	١٨
٢٣ الأقصر	٩٢,٧٤٨	لا يوجد
٢٤ بنهـــا	٨٨,٩٩٣	١٠
٢٥ كفر الشيخ	٧٧,٧٣٥	لا يوجد

جدول رقم (٤٢) توزيع كليات الطب الحالية على أقاليم الجمهورية المختلفة

الإقليم	كليات الطب
القاهرة الكبرى	القاهرة، عين شمس، الأزهر بنين، الأزهر بنات
الأسكندرية	الأسكندرية
الوجه البحرى	المنصورة، طنطا، الزقازيق، بنها، المنوفية، الأزهر بدمياط
الوجه القبلى	أسيوط، سوهاج، بنى سويف، الفيوم، المنيا، الأزهر بأسيوط
القناة وسيناء	قناة السويس

الفصل الثامن والعشرون

ضرورة الانقسام الثنائى فى كليات الطب

يبدو للذين يجيدون تأمل دلالات الأرقام أنه لم يعد من الممكن استمرار كليات الطب بنفس الحجم الذى هى عليه الآن مع تزايد أعداد الأساتذة والأساتذة المساعدين والمدرسين والمدرسين المساعدين على النحو المتوقع من المنحنى الخاص بذلك، من دون نشأة مشكلة التضخم أو ما يمكن التعبير عنه مثلا فى حالات الأنيميا بـ Macrocytic Hyperchromic Anaemia.

ذلك أن الأعداد تتزايد بطريقة مطردة، ومع أنها لم تصل إلى التزايد على النحو المعروف بأنه تزايد على طريقة المتوالية الهندسية فإن تزايدها بالقطع يفوق المتتالية الحسابية.

ومما يضيف إلى المشكلة أن الوصول إلى الأستاذية الآن أصبح ممكنا فى سن الأربعين فى المتوسط (أو عامين قبلها أو عامين بعدها) وهكذا يصبح الوضع الطبيعى أن يستبقى هؤلاء أنفسهم فى مراكز الأستاذية، وبعبارة أخرى يتجمع العدد (ويتراكم) عاما بعد عام ويمكن لنا أن نتخيل الوضع فيما يتعلق بعدد الأساتذة فى أى قسم من أقسام الجامعات

الإقليمية فى عام ١٩٩٥ (أى بعد ثمان سنوات من الآن) ببساطة شديدة بأن نحسب عددهم بجمع أعداد الأساتذة + الأساتذة المساعدين + المدرسين، ذلك أن فى إمكان المدرسين المعينين فى ١٩٨٧ أن يصلوا إلى درجة الأستاذية بعد ٨ سنوات.. ومع احتساب نسبة احتياطى ٢٠٪ الحالات الوفاة (لاقدر الله) أو الاستقالة أو التأخر فى الترقية (والتى لا تزيد عن عام واحد)، فإنه يمكن لنا أن نصل إلى عدد الأساتذة بصورة تقريبية جدا فى سهولة ويسر.

بل يمكن القول إنه سوف يكون هناك عام ١٩٩٧ - إن شاء الله... أستاذا فى كليات الطب المختلفة، وذلك باعتبار مدة ١٠ سنوات كافية جدا للترقيات فى كل من الجامعات الإقليمية والقديمة، ووضع احتياطى (١٠٪ - ٢٠٪) كل هذه الأرقام لابد أن تعطينا فكرة واضحة عن الدوافع التى تستدعى منا التفكير الجاد فى الوسيلة المثلى لتحقيق النمو الحقيقى فى كليات الطب المصرية، وأعتقد أن الوسيلة الأنسب لكليات الطب الكبيرة هى «الانقسام الثنائى».. وقبل أن نتحدث عن جوانب هذا الحل ينبغى لنا أن نستعرض الأسباب التى تدفعنا إلى تزكيته :

(١) **السبب الأول** : أن أسلوب التزاوج لم يعد ممكنا فى ظل ظروف اجتماعية واقتصادية يستحيل معها أن يأخذ عنصر الحركة الديناميكية مكانته الطبيعية، فقد أصبح من الصعب مثلا على أى استشارى أو عضو هيئة تدريس أن يبدأ طريقة فى العمل الخاص (وهو النقطة الجوهرية فى حياته المهنية) بعيد عن المكان الذى ترعرع فيه

نشاطه!!، وهكذا فمن الصعب مثلا أن تنتظر من أستاذ مساعد فى طنطا أن يقبل الترقية إلى أستاذ فى الإسماعيلية، ولو خير فى شأن هذه الترقية لفضل البقاء فى طنطا!!

(٢) **السبب الثانى :** أن الجامعات لم تعد فى حاجة (على الأقل حاجة ظاهرة) إلى تطعيم هيئاتها بأعضاء جدد من خارج الجامعة، وذلك بعد أن وصل العدد إلى هذا الرقم الكبير جدا، والذى غطى كل التخصصات فعلا أو قولا !

(٣) **السبب الثالث :** أن عملية إنشاء مجتمع جديد يتقبل أعضاءه بالتدريج وعلى الهوينى لم تعد ممكنة فى ظل التزاحم على الفرص المتاحة فى الأرض البكر من ناحية، أو فى ظل التباعد عن بذل الجهد فى الأرض البور من ناحية أخرى.. ولا يمكن أن يكون المجتمع الجديد إلا واحدا من هذين النمطين.

(٤) **السبب الرابع :** أن الانقسام الثنائى هو الحل الوحيد الذى يمكن خطط النمو والتنمية من تحقيق أقصى قدر من الاحترام العلمى والأكاديمى والإدارى والوظيفى للكيان الجديد باعتباره نصف الكيان القديم بالضبط، نصفه فى عدد الكفاءات والخبرات. وفيه تتضح كل قدرات هذه الكفاءات.

فى كثير من الجامعات العالمية كليتان للطب، بل وفى مصر هناك جامعة إقليمية فيها كليتان للطب (بينهما أقل من ٢٠ ميلا) هذا فضلا عن الجامعتين الكبيرتين اللتين تضمان معاهد غير كلية الطب إلى جوارها.

لماذا لايكون فى جامعة القاهرة مثلا كليتان للطب، كلية طب قصر العينى (أ)، وكلية طب (ب) وليكن اسمها «الفسطاط» أو الرازى أو الزهراوى.. إلخ.. وتتوزع هيئات التدريس على الكليتين بالتساوى تماما بحيث يكون كشف الأقدمية فى أيدينا فيكون الأول من الأساتذة فى الكلية (أ) والثانى فى الكلية (ب) والثالث فى الكلية (أ) والرابع فى الكلية (ب) والخامس فى الكلية (أ) والسادس فى الكلية (ب) والسابع فى الكلية (أ) والثامن فى الكلية (ب) وهكذا .. ولنتأمل فى وضع كل من الكليتين :

١ - ففى كل كلية منهما العدد المعقول من الأساتذة :

وعلى سبيل المثال فى قصر العينى تصبح كل كلية وليدة تضم :

وفى عين شمس تصبح كل كلية وليدة تضم :

وفى الإسكندرية تصبح كل كلية وليدة تضم : ١٢٨ أستاذا، ٥٨ أستاذا مساعدا، ١١٠ مدرسا.

أليست هذه الأعداد كافية وزيادة لقيام مثل هذه الكليات ؟ ولنتجاوز حدودنا إلى الأسماء ولندع القارئ يختار أى قسم من أقسام أى كلية من هاتيك الكليات ويجرى عملية القسمة وليتأمل بعد هذا حال الكلية الجديدة التى تنشأ إلى جوار الكلية الأم !!

وفى كلية طب قصر العينى يصبح أساتذة الجراحة على سبيل المثال موزعين على الكليتين طبقا لهذا المنطق على النحو الآتى :

الكلية (١)	الكلية (ب)
١ ـ أحمد سامح همام	١ ـ حسين عبدالفتاح
٢ ـ فتحى إسكندر بولس	٢ ـ هشام مورو
٣ ـ مفيد إبراهيم سعيد	٣ ـ أحمد شفيق
٤ ـ معتز الشربينى	٤ ـ عبدالرازق مسعود
٥ ـ نيهان قداح	٥ ـ محمد شوقى كمال
٦ ـ أمير ناصف	٦ ـ مصطفى عبد العزيز
٧ ـ محمود حلمى أبو الخير	٧ ـ عبدالفتاح عبداللطيف حسن
٨ ـ نبيل سيد عبدالمجيد	٨ ـ عادل فؤاد رمزى
٩ ـ قيس عبدالدايم أبو العطا	٩ ـ محمد صبحى أحمد زكى
١٠ ـ على إبراهيم حسن إبراهيم	١٠ ـ راضى أحمد سعد
١١ ـ محمد حلمى البتانونى	١١ ـ محمد محمد قناوى
١٢ ـ مجدى محمد البربرى	١٢ ـ ماجد سامى برسوم
١٣ ـ سمير عبدالحميد جلال	١٣ ـ عبدالقادر قطب
١٤ ـ السيدعبدالحليم صالح	١٤ ـ طارق محمد فوزى
١٥ ـ أحمد شريف عزب	١٥ ـ خالد إسماعيل زهدى

وليس يخفى على أحد أن المدلول الأول والأخير من هذا المثل الذى ضربناه هو الحديث عن مدى الكفاءات التى لا حدود لها التى ستتوافر لكل من الكليتين الجديدتين بعد عملية الانقسام الثنائى، ففى كل واحدة منهما ١٥ أستاذا على الأقل للجراحة هم كفيلون بإدارة ١٥ قسما على أعلى المستويات !! وبتعليم ١٥ طبيبا مقيما جديدا كل عام.. وبالإشراف على ١٥ بحثا ممتازا كل ٦ شهور... وهلم جرا.

الكلية (١)	الكلية (ب)
١ - محمد صادق صبور	١ - نجيب محمد الطرابيشى
٢ - محمود حسن مأمون	٢ - أبو المعاطى نبيه
٣ - يحيى مهران	٣ - عادل شاكر داود
٤ - سهير السيد شعير	٤ - وحيد محمد السعيد
٥ - سمير محمد صادق	٥ - محمد ضياء الدين سليمان
٦ - محمد فتحى طمارة	٦ - كوكب عزيز إبراهيم
٧ - على مؤنس	٧ - محمد عوض الله سلام
٨ - سامى عبدالله عبدالفتاح	٨ - محمد عبدالرحمن موسى
٩ - محمد أمين فكرى	٩ - مغازى على محجوب
١٠ - عمر فتحى محمد فتحى	١٠ - حسين السيد الدماصى

طبعا هذه عملية سهلة جدا على الورق ولكنها فى الواقع عند تقسيم المستشفيات والمبانى التعليمية من أصعب ما يمكن، وهذا هو جوهر المشكلة.

ولهذا فإنه من الصعب البدء فى تطبيقها اليوم فى كل الجامعات ولكن فى جامعة مثل عين شمس مثل وقد وصلت طاقة الأسرة فى مستشفياتها إلى ٣٨٥٠ سريرا وأصبح من الصعب أن تنتظم هذه الأسرة جميعا كلية واحدة، أو إدارة واحدة فإن من الأجدى البدء فى إجراء مثل هذه العملية ولو على المستوى الإكلينيكى كبداية.

بعبارة أخرى فتبدأ عملية الانقسام الثنائى هذه على مستوى المرحلة الإكلينيكية ولفترة من الزمن وبينما يمكن إقامة تجهيزات للأقسام الأكاديمية تواكب الزمن الجديد الذى لابد لنا أن نواكبه.

وهذه الفكرة ليست بالفكرة السهلة ولعلها تتلاقى مع فكرة أخرى أكثر

جرأة وهى فكرة الامتداد بالمستشفيات الجامعية إلى كيانات أخرى من خلال قنوات التعاون مع وزارة الصحة والتأمين الصحى والقوات المسلحة.

وبعبارة أوضح لماذا لا تنشأ مع افتتاح معهد ناصر كلية طب جديدة تماما باسم هذا المعهد من هيئات تدريس طب القاهرة ومساعديهم الأطباء المقيمين.. وإذا كان مجموعة أسرة قصر العينى + معهد ناصر يبلغ أضعاف معهد ناصر بمفرده فلتكن الكلية الجديدة مكونة من الأستاذ الثانى والخامس والثامن فى قصر العينى بمعنى أن يظل قصر العينى الأستاذان الأول والثانى، ويذهب الثانى ليرأس القسم المناظر فى الكلية الجديدة، ويظل فى قصر العينى الأستاذان الرابع والسادس ويذهب الخامس ليكون الشخصية الثانية فى الكلية الجديدة وهكذا.

وعلى هذا كله فإن معهد ناصر أو كلية ناصر تصبح كلية طب جديدة لها عميد بالانتخاب ووكيلان، ومجلس كلية وهى فى جامعة القاهرة مساوية تماما فى كيانها لقصر العينى !!! وللكليات الأخرى كالآداب والزراعة وشأنهما شأن كلية الهندسة ومعهد التخطيط العمرانى التابعين لجامعة القاهرة نفسها.

نحن لا ندعى أن هذه فكرة عبقرية ولكنها ربما تكون أو تمثل الحل الوحيد الذى أصبح متبقيا أمامنا لتحويل مشكلة النمو فى الكليات الطبية من وجهة إلى وجهة، من وجهة يكون فيها تزايد الأعداد صورة قريبة إلى (السرطانات)، إلى وجهة يكون فيها هذا التزايد مرحلة من مراحل النمو الذى لا نعرف له فى الفكر البيولوجى إلا وسائل محددة استعرضناها فى أول هذا المقال !!

ومن السهل على الذين يجيدون الجدل أن يطرحوا السؤال القائل ولماذا

هذه الكيانات الجديدة ؟

والجواب واضح لأننا جميعا نعرفه حين نشب عن الطوق وننفصل عن بيوت آبائنا لنكون البيوت الجديدة، وحتى إذا اضطرتنا الظروف إلى تأجيل هذه العملية بعض الوقت فإننا لن نؤجلها بصفة مطلقة فلكل شيء حدود.. وإلا فليحدثنا واحد من هؤلاء فيه الأب وقد بلغ فوق السبعين وفيه خمسة من الأبناء بين الخمسين والستين وكلهم فرحون بالبقاء في شقة أبيهم !!!

هل يتحقق جيل جديد في الفكر أو في التعليم الطبي إذا ظلت الأمور على هذا النحو !!

الجواب أوضح من أن نفصل القول في تجديد الدم، وخلق الفرصة أمام الإبداع الجديد، والبعد بالعلماء عن طابور يقفون فيه وهم ينتظرون جميعا الفرصة وقد أصبحت محدودة بالفترة فيما بين الثامنة والخمسين والتاسعة والخمسين فقط ليكونوا أصحاب الكلمة في أمور القسم الذي ينتمون إليه !!

أليس مثل هذا الوضع هو الذي ينتظرنا في أوائل القرن القادم ؟ فلا نجد له حلا إلا ابتداع مسميات أعلى من مسمى الأستاذية ؟ على نحو ما فعلنا في درجة وكيل وزارة ورئيس قطاع مركزي.. إلخ.. هذه الحلول البلهاء؟ وحين نفكر في بدء كلية جديدة تصمم على أن نبدأها بعيدا وتتعثر بغياب الكلية عن الإقبال عليها ؟ وتصبح الأقدميات والكفاءات فيها بعيدة عن السوابق عليها.

أليس هذا خير من هذا التضخم السرطاني الذي أصاب كلياتنا الكبيرة بحيث أصبح رؤساء الأقسام في الكلية الواحدة يقدمون أنفسهم لبعضهم.. وقد حدث هذا والله العظيم أمام عيني رأسي في كلية طب قديمة !! فما

بالنا بالأساتذة ومن تلاهم ؟.

ألا نتدبر من اليابان قاعدتها الذهبية فى أنها تحول الشركة إلى شركتين فى اليوم التالى لبلوغ عدد العاملين فى الشركة نصابا معينا.. منعا للترهل والتسيب الإدرى.

ومع هذا كله فكليات الطب الجديدة لن تزيد الأعداد المقبولة ولن تخلق مشاكلة بطالة لأنها ستقتسم مع بعضها الأعداد المقبولة فى كليات الطب القديمة، ولنفهم أن معنى فتح باب جديد لم يعد يعنى زيادة الأعداد، وليطمئن أصحاب الرأى العام الذين أرهبتهم هذه الفكرة فإنما تحسب الأعداد اليوم فى لجنة قطاع الدراسات الطبية بصفة مجملة.

الفصل التاسع والعشرون

تطور أعداد هيئات التدريس فى كليات الطب والمعاهد الطبية

حرصت فى هذا الفصل على تقديم معلومات كاملة أو مستوفاة عن أعداد أعضاء هيئات التدريس بدرجاتهم المختلفة فى كل الأقسام الجامعية فى كل كليات الطب والمعاهد الطبية فى جامعاتنا كلها، بما فى ذلك جامعة الأزهر بكلياتها فى القاهرة للبنين والبنات، وفرع أسيوط.

وقد قدمت هذه البيانات على مدى الفترة الزمنية (١٩٧٠ ـ ٢٠٠٤) أى منذ ما قبل صدور قانون الجامعات الحالى وحتى الآن، والحكمة من ذلك معروفة وهى بيان الأثر الذى نشأ عن الأخذ بسياسة ترقية أعضاء هيئة التدريس فى كلياتهم ودون حاجة إلى وجود درجات وظيفية لهم، اكتفاء بما هو معروف من سياسة رفع الدرجة أوتوماتيا مع كل عضو هيئة تدريس ينال الترقية.

ومع أن هذه السياسة كانت كفيلة إلى أقصى حد ممكن بتحقيق الإنصاف لأعضاء هيئة التدريس، إلا أنها فى الوقت نفسه خلقت وضعا جديدا متعدد السمات وهو وضع يمكن وصفه بأنه ضد طبيعة الجامعة حيث أصبح السلم الجامعى مقلوبا، حيث نستطيع أن نرى ذلك بوضوح من خلال الإحصاءات الخاصة بكل قسم من أقسام أية كلية أو معهد.

وقد أصبح مثل هذا الوضع مستعصيا على أى حل إلا أن تكون هناك خطط تنمية طموحة إلى أقصى حد ممكن تستوعب طاقة الأعداد الكبيرة من الأساتذة، وتعطيهم الفرصة فى تربية أجيال عريضة القاعدة من المعيدين والمدرسين المساعدين والمدرسين، ثم الأساتذة المساعدين، وليس هذا على الله بعزيز.

ونستطيع أن نلاحظ بوضوح شديد كيف أن أعداد أعضاء هيئات التدريس فى كليات الطب أصبحت تمثل الرقم الأعلى على مستوى الكليات جميعا فى الجامعات التى يضمها المجلس الأعلى للجامعات، وقد وصل عدد الأساتذة فى كليات الطب إلى أكثر من ثلاثة آلاف أستاذ، وبالتحديد ٣٤٩٦ (فى عام ٢٠٠٣) وذلك فى مقابل ١١٦ أستاذا فقط فى كليات الحقوق، و٢١١ فى كليات التجارة، و٢٥٦ فى كليات الآداب، و٨٣٣ فى كليات الهندسة، و٩٣٠ فى كليات العلوم.. ولا أريد أن أزيد.

جدول رقم (٤٣) تطور أعضاء هيئة التدريس بكلية طب القاهرة
(١٩٥٧ - ٢٠٠٣)

السنة	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
١٩٥٧	٣٦	٧٨	٩٠	—	٩٠
١٩٦٢	٤٢	١٠٠	١٠٠	—	٢٦
١٩٧٠	١٠٢	٩٨	١٤٩	—	١٩٦
١٩٨٧	٤٢٧	٢٢٠	٣١٩	٣٤١	٩٥
٢٠٠٠	٧٨٩	٣٩٣	٥٤٧	٤٩٨	١٣٠
٢٠٠٣	٨٨٢	٥٠١	٦٣٧	٥٩٥	١٥٨

المصدر : المجلس الأعلى للعلوم ، والمجلس الأعلى للجامعات

جدول رقم (٤٤) أعضاء هيئات التدريس والمعيدون فى أقسام كلية طب القاهرة سنة (١٩٧٠)

القسم	أستاذ ذو كرسى	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
الفسيولوجيا	٢	١	٨	١٨	٢٣
التشريح والهستولوجيا	١	-	٥	٥	١٩
الباثولوجيا	٤	٦	٨	١٧	٢٣
صحة عامة	٣	-	١	٢	٣
طب شرعى	٢	١	١	٢	٣
الأمراض المتوطنة	٢	١	٣	٣	١٣
الباطنة العامة	٥	١١	١٣	١٣	١٨
الباطنة الخاصة	٤	٤	٥	١٥	١٣
الأطفال	-	٧	٩	٨	٩
الجراحة	٥	١١	١٨	٢٠	٢٨
جراحة خاصة	٥	٦	١٠	١٦	١٣
النساء والتوليد	٢	٤	٩	٨	٨
الرمد	٢	٥	٦	١٢	٨
الأشعة	٢	٦	٢	٦	٨
المجموع	٣٩	٦٣	٩٨	١٤٩	١٩٦

جدول رقم (٤٥) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم في الأقسام المختلفة بكلية طب القاهرة (١٩٨٧)

	أستاذ متفرغ	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ ـ التشريح	١	٩	٤	٢١	٣٥	٩	٨	ـ	٥٢
٢ ـ الهستولوجيا	٣	٤	٧	٥	١٩	٢	٨	ـ	٢٩
٣ ـ وظائف الأعضاء	١	١١	٧	١٣	٣٢	٦	٨	ـ	٤٦
٤ ـ الكيمياء الحيوية	٤	٧	١١	١١	٣٣	٧	٧	ـ	٤٧
٥ ـ الباثولوجيا	٥	٦	٦	٧	٢٣	٩	٠	ـ	٤٢
٦ ـ الفارماكولوجيا	ـ	٨	٤	١١	٢٣	٦	٦	ـ	٣٥
٧ ـ البكتريا والطفيليات	٤	١٨	٥	٢٣	٥٩	١١	٦	ـ	٦٧
٨ ـ الجراحة العامة	١٣	٣١	١٧	٢٥	٨٦	٢٥	٦	٢١	١٤٨
٩ ـ التخدير	٥	١٦	١٧	٢٦	٦٤	٢١	٢	٢٦	١١٣
١٠ ـ الجراحة العامة	٥	٣٨	٢٨	٣٠	١٠١	٣٣	١	٣٣	١٦٨
١١ ـ الباطنة العامة	١٠	٢٨	١٦	٢٩	٨٣	٤١	٣	٣٠	١٥٧
١٢ ـ الباطنة الخاصة	٧	٣٤	٢٠	٢٥	٨٦	٣٩	٤	٣١	١٦٠
١٣ ـ القلب والصدر	٩	١٢	٣	١٣	٣٧	١٥	٢	٢٠	٧٤
١٤ ـ الصحة العامة	٢	٨	٩	١٠	٢٩	٩	٣	ـ	٤١
١٥ ـ الطب الشرعي	٢	٣	٣	٤	١٠	٤	٣	ـ	١٧
١٦ ـ الباثولوجيا الإكلينيكية	٧	١٣	٢٠	٨	٤٨	١٢	٥	١١	٧٦
١٧ ـ النساء والتوليد	٢	٢٠	١٥	١٧	٦٠	٢٨	٤	١٩	١١١
١٨ ـ الرمد	٨	٢٣	٧	١٤	٤٧	١٣	٢	١٢	٧٤
١٩ ـ الأشعة	٣	٨	١٣	١٤	٣٩	٢٥	٨	٢٣	٩٥
٢٠ ـ الأطفال	٤	٢٧	٩	١٣	٦٠	٢٦	ـ	٢٠	١٠٦
المجموع	١٠٤	٣٢٣	٢٢٠	٣١٩	٩٦٦	٣٤١	٦٥	٢٥٦	١٦٥٨

جدول رقم (٤٦) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب القاهرة فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	٢٧	١	٩	٥	١٧
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	١٣	٧	١٣	١١	٢
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	١٧	٧	٨	١١	٦
الكيمياء الحيوية	٢٢	٥	١٠	٨	١
الباثولوجيا	١٩	١٢	٦	٢	١٠
الباثولوجيا الإكلينيكية	٣٨	١٥	٢٨	٣٧	١
الفارماكولوجيا	١٨	٤	٦	٢	٩
البكتريولوجيا	٢٨	٣	٢	٤	٣
الطفيليات	١٤	٥	٧	٣	٩
الجراحة العامة	٧٣	٤٢	٢٥	١٨	٤
جراحة القلب والصدر	٩	٨	١٣	١٣	-
جراحة المسالك البولية	١٥	٧	٩	١٣	-
جراحة العظام	٢٣	١١	١٨	١٦	٣
جراحة أنف وأذن وحنجرة	٣٦	١٦	٢٢	١٦	١
التخديـر	٥٥	٣٤	٥١	٣٢	-
أمراض باطنة عامة	٦٣	٤١	٥١	٤٣	١٣
أمراض عصبية ونفسية	٢٦	١٧	١٣	٢٨	١
أمراض صدرية	١١	٤	٥	٦	-
أمراض القلب	١٠	٦	٩	١١	١
الأمراض المتوطنة	١٣	٥	١٠	١٥	-

الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	٢٠	٣	١١	٨	ـ
التوليد وأمراض النساء	٥٧	٢٤	٤١	٣١	٥
طب العين وجراحتها	٣٠	٢٠	٣٨	١٦	٤
طب الأطفال	٥٥	٢٩	٣٨	٢٩	٤
الأشعة التشخيصية	١٦	١١	١٨	٢٢	٧
جراحة المخ والأعصاب	١٥	١١	١٥	١٧	ـ
الصحة العامة وطب المجتمع	١٢	٥	٦	٢	١٠
الطب الشرعى	٥	٤	١٢	٧	٣
الروماتيزم والتأهيل	٨	٧	١٢	١٤	ـ
طب وجراحة الذكورة والتناسل	١٣	٨	٦	٦	ـ
علاج الأورام والطب النووى	١٨	١٣	١٣	١٧	١
طب الصناعات	٩	٤	٦	٣	ـ
طب الحالات الحرجة	١	٤	١٦	٢٦	١٥
الإجمـــــالى	٧٨٩	٣٩٣	٥٤٧	٤٩٨	١٣٠

جدول رقم (٤٧) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب القاهرة (٢٠٠٣)

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
التشريح	٢٨	٥	١٠	٧	١٩
الفسيولوجيا	١٨	١٢	١٦	١٣	١٠
الهستولوجيا	١٧	١٤	١٠	١٤	٥
الكيمياء الحيوية	٢٣	١٣	٧	١٢	٣
الباثولوجيا	٢٤	١٢	٨	٥	١٢
الفارماكولوجيا	٢٤	٤	١٠	٤	١٠
الميكروبيولوجيا	٢٨	٤	٦	٧	٧
الطفيليات	١٧	٩	٤	٥	١١
الأمراض النفسية	١٩	٧	٩	٢١	—
طب وجراحة الذكورة	١٥	٤	٨	٦	—
طب العين وجراحتها	٣٢	٢٧	٣٤	٢٤	٤
الأمراض المتوطنة	١٣	٤	١١	١٦	–
أمراض القلب	١٠	٦	٩	١٢	٢
جراحة القلب والصدر	١١	١٠	١٤	١٥	–
الأمراض العصبية	١٣	١١	١١	١٠	١
طب الأطفال	٥٧	٣٧	٥٣	٤٠	٥
الروماتيزم والتأهيل	١٣	٧	١٤	١٥	–
الأمراض الجلدية	١٩	٨	١٦	٩	–
الجراحة العامة	٨٠	٤٢	٣٠	١٩	٤

الأمراض الباطنة	٧٢	٤٧	٥٥	٥٠	١٣
أمراض الغدد	١٤	٤	٧	٧	—
أنف وأذن وحنجرة	٤٢	٢٤	٢٣	١٨	١
التخذير	٦١	٤٨	٥٠	٤١	١
جراحة العظام	٢٥	١٧	١٨	٢١	٣
جراحة المسالك البولية	١٦	٨	١٠	١٣	
جراحة المخ والأعصاب	١٧	١١	٢٤	١٨	—
الأشعة التشخيصية	٢٤	٨	٢٧	٢٥	٧
علاج الأورام والطب النووى	٢٣	١٢	٢٠	١٨	٢
الباثولوجيا	٤١	٢٢	٣٤	٤٤	٣
الصحة العامة	١٣	٩	٧	٥	١٢
التوليد وأمراض النساء	٥٦	٣٣	٤٥	٣٨	٥
طب الصناعات	٩	٧	٤	٣	—
الطب الشرعى	٧	١١	٩	٧	٣
طب الحالات الحرجة	١	٤	٢٤	٢٧	١٥
فسيولوجيا الجهاز العصبى	—	—	—	٦	—
الإجمـــالى	٨٨٢	٥٠١	٦٣٧	٥٩٥	١٥٨

جدول رقم (٤٨) أعداد أعضاء هيئات التدريس والمعيدون فى الأقسام المختلفة بكلية الطب جامعة الإسكندرية (١٩٧٠)

القسم	أستاذ ذو كرسى	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
الأقرباذين	١	١	١	٤	٥
الفسيولوجيا	١	-	٣	٢	١١
الكيمياء الحيوية	١	١	١	١	٦
التشريح	١	-	١	٣	٧
الهستولوجيا	-	١	-	-	٦
الباثولوجيا	١١	١١	٢	٢	٤
البكتريولوجيا	١	١	-	-	٩
الباثولوجيا الإكلينيكية	١	-	٤	٢	٦
الصحة العامة	-	١	٢	١	٤
الطب الشرعى	١	-	١	٢	٦
المتوطنة والطفيليات	١	٥	٢	٣	٦
الباطنة	٦	٣	٥	١٠	١٧
الأطفال	٢	-	٣	٥	٥
الصدرية	١	-	٢	-	٤
العصبية	١	٢	١	٢	٢
الجلدية والتناسلية	١	٥	١	٢	٤
الجراحة	٣	-	١٠	١٠	١٣
التخدير	١	١	٣	٦	٩
أنف وأذن	١	-	١	٢	٤
جراحة مخ وأعصاب	١	-	٢	١	٣
مسالك بولية	١	١	٢	٢	٣
العظام	١	٢	٢	٣	٣
النساء والولادة	٢	١	٤	٥	٦
الرمد	١	-	٣	١	٦
الأشعة	٣	-	٢	٩	٧

جدول رقم (٤٩) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى الأقسام المختلفة بكلية طب الإسكندرية(١٩٨٧)

	أستاذ متفرغ	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم
١ - التشريح	-	٣	٥	٨	١٦	٧	١٧	-
٢ - الهستولوجيا	-	٣	٤	٤	١١	٥	٩	-
٣ - الفسيولوجيا	٣	٦	٨	٥	٢٢	٤	١٠	-
٤ - الكيمياء الحيوية	١	١	٢	٦	١٠	٦	١٢	-
٥ - الباثولوجيا	٢	٧	١	٦	١٦	٦	١٠	-
٦ - الفارماكولوجيا	٢	٦	٤	٣	١٥	٧	١٠	-
٧ - البكتريولوجيا	٢	٦	٤	٣	١٥	٧	١٠	-
٨ - الطفيليات	-	٣	٢	٢	٧	٦	٧	-
٩ - الصحة العامة	-	٥	٥	٧	١٨	٤	٢٠	-
١٠ - الطب الشرعى	-	١	٣	٢	٦	٧	٥	-
١١ - الجراحة	١٣	٣٦	٢٤	٤٣	١١٦	٦٢	-	٥٠
١٢ - التخدير	٣	١٢	١٢	١٦	٤٣	١٣	-	١٩
١٣ - الأنف والأذن والحنجرة	٢	٨	٣	٦	١٩	٦	٢	٤
١٤ - الجلدية والتناسلية	١	٦	٢	٣	١٢	٧	-	٢
١٥ - الباطنة	١٤	٣٥	١١	٤٩	١٠٩	٣٥	٩	٣٣
١٦ - الباثولوجيا الإكلنيكية	٢	٧	١	٦	١٦	٦	١٠	٦
١٧ - النساء والتوليد	٢	٢٠	٣	١٧	٤٢	١١	٤	١٤
١٨ - الأشعة	٣	١٢	٧	١١	٣٣	٢٧	-	٨
١٩ - الأطفال	٥	١٤	٧	١٣	٣٩	٢١	٤	١٦
٢٠ - طب العين وجراحتها	٢	٩	٣	٩	٢٣	١٧	-	٧
المجموع	٥٩	١٩٧	١١٥	٢٢٠	٥٩١	٢٦٦	١٣٩	١٥٩

جدول رقم (٥٠) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب الإسكندرية فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	٩	٧	١٢	٤	٥
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	٩	١٠	٦	٣	٦
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	١١	٤	٦	٦	٥
الكيمياء الحيوية	٧	٥	١١	٥	٤
الباثولوجيا	١٢	٦	٨	-	٨
الباثولوجيا الإكلينيكية	٨	٣	٨	١٠	-
الفارماكولوجيا	١٣	٦	٩	٣	٣
البكتريولوجيا	١١	٥	١١	٢	٢
الطفيليات	٨	٦	٦	١	٢
الجراحة العامة	٣٦	١٨	٨	١٧	-
جراحة القلب والصدر	٦	-	٣	١	-
جراحة المسالك البولية	٨	٤	٩	٥	-
جراحة العظام	١٠	١١	٤	٥	-
جراحة أنف وأذن وحنجرة	١٠	٧	٥	٨	-
التخديـــر	٢٩	٣	٩	١١	-
أمراض باطنة عامة	٤٥	٢٨	٢٧	-	-
أمراض باطنة خاصة والطب الطبيعى	٥	١	٢	٥	-

أمراض عصبية ونفسية	٧	٣	٥	٩	-
أمراض صدرية	١١	١	٥	٧	-
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	١١	-	٧	٥	-
التوليد وأمراض النساء	١٦	١٠	١١	١٠	-
طب العين وجراحتها	١٨	١٦	٧	١٣	-
طب الأطفال	٢٧	١٨	١٠	٩	-
الأشـعة	١٣	٧	١٠	٥	-
جراحة المخ والأعصاب	١١	٤	٢	٨	-
الصحة العامة وطب المجتمع	١١	٨	٥	١٣	٢
الطب الشرعى	٥	٣	٧	٤	٢
طب المناطق الحارة	٨	١	٦	٣	-
علاج الأورام والطب النووى	١٠	٥	٧	٧	-
طب الحالات الحرجة	-	-	-	٦	-
الإجمـــــالى	٣٨٥	٢٠٠	٢٢٦	١٨٥	٣٩

جدول رقم (٥١) أعداد أعضاء هيئة التدريس

بكلية طب الإسكندرية (٢٠٠٣)

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
التشريح	١٥	١٦	١٠	٣	٦
الهستولوجيا	١٣	٩	٥	٢	٨
الفسيولوجيا	١٥	٩	٧	٨	٣
الكيمياء الحيوية	٩	٩	٩	٤	٥
الباثولوجيا	١٤	٥	٥	٧	٤
الفارماكولوجي وسمية الأدوية	١٨	٨	٦	١	٤
الميكروبيولوجيا والمناعة	١٥	١٢	٣	٤	٢
الطفيليات	١١	٦	٣	٢	٣
طب المجتمع	١٩	١٢	١١	٤	٣
الطب البشرى	٥	٨	٥	٣	٣
الجراحة العامة	٤٣	١٨	٩	٢٨	١
جراحة المسالك البولية	١٢	٩	٦	٦	-
جراحة المخ والأعصاب	١٢	٣	٨	٨	-
جراحة العظام	١٧	١٣	٣	١٣	-
الطب الحرج	-	-	١	١١	١
أنف وأذن وحنجرة	١٤	١١	٨	١١	١
الجلدية والتناسلية	١٣	٥	٢	٩	-
جراحة الصدر والقلب	٦	٣	٢	٤	-
التخدير	٣٣	١٧	١٠	١٦	-

الأمراض الباطنة	٥٠	١٨	٢٣	١٦	١
النفسية والعصبية	٨	٦	٦	٧	١
طب المناطق الحارة	٨	٥	٤	٤	–
الأمراض الصدرية	١٠	٤	٣	٩	–
التحليلات الطبية الاكلنيكية	٨	٩	٤	١٠	–
التوليد وأمراض النساء	٢٧	١٤	٧	١٠	٤
الأشعة التشخيصية	١٦	١١	٦	١٤	–
الطبي الطبيعى	٦	٢	٣	٧	–
علاج الأورام	١٤	٧	٦	٧	٢
طب الأطفال	٣٦	١٨	٥	١٦	٢
طب وجراحة العين	٢٨	١٥	٧	١٥	–
القلب والصدر	١٢	٨	٢	٣	١
الإجمالى	٥٠٧	٢٩٠	١٨٩	٢٦٢	٥٥

جدول رقم (٥٢) أعضاءهيئات التدريس والمعيدون فى التخصصات المختلفة

بكلية طب عين شمس (١٩٧٠)

القسم	أستاذ ذو كرسى	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
الفسيولوجيا	١	-	٢	٥	٧
الكيمياء الحيوية	١	١	١	٧	٥
الأقرباذين	١	١	٣	٣	٧
التشريح	١	-	٣	٦	٣
الهستولوجيا	١	-	٢	٣	٥
الباثولوجيا	١	-	٢	٣	٥
الباثولوجيا الإكلينيكية	١	-	٤	٢	٦
البكتريولوجيا	-	-	١	٤	٧
الصحة العامة	١	-	-	٢	٤
الطب الشرعى	-	١	١	٥	٤
الطفيليات	١	١	٢	٤	٤
الأمراض المتوطنة	-	١	١	٣	٣
القلب	١	١	٢	٤	٢
الأمراض الباطنة	٥	١	١١	٤	١١
الجلدية والتناسلية	١	١	٢	٢	٢

العصبية والنفسية	١	–	٢	٥	٣
الصدرية	١	١	٢	٣	٢
الأطفال	٢	١	٤	٥	٤
الجراحة العامة	٥	٤	١١	٨	١٠
المسالك البولية	٢	–	٣	٣	٢
التخدير	-	٢	٤	٧	٧
العظام	٢	–	٢	٤	٤
الأنف والأذن والحنجرة	-	٢	٢	٥	٥
النساء والتوليد	١	٤	٥	٩	٦
الرمد	١	١	٤	٥	٥
الأشعة	١	–	-	٨	٤

جدول رقم (٥٣) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى الأقسام المختلفة بكلية طب عين شمس (١٩٨٧)

القسم	أستاذ متفرغ	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ - التشريح	-	١٠	٢	١٣	٩٦٦	١٣	٢٠	-	٥٨
٢ - الهستولوجيا	-	٤	٤	٧	١٥	١٤	٤	-	٣
٣ - الفسيولوجيا	-	٥	٣	٨	١٦	١٠	-	-	٢٦
٤ - الكيمياء الحيوية	-	٩	٣	١١	٢٣	١٤	٣	-	٤٠
٥ - الباثولوجيا	-	٩	٩	١٠	٢٨	١١	-	-	٣٩
٦ - الباثولوجيا الإكلينيكية	-	١١	٥	١٠	٢٨	١١	-	٢٣	٦٠
٧ - البكتريولوجيا	-	٥	٢	٣	١٠	٨	١٢	-	٣٠
٨ - الطفيليات	٣	٨	٧	١١	٢٩	١٩	٨	-	٥٦
٩ - الفارماكولوجيا	-	٥	٥	٨	١٨	٥	٨	-	٣١
١٠ - الجراحة العامة	-	٢٢	١٣	١٨	٥٣	١٣	-	٢٥	٩١
١١ - المسالك البولية	-	٦	٢	٤	١٢	٦	-	١١	٢٩
١٢ - جراحة العظام	-	٦	٦	٥	١٧	٧	-	٢١	٤٥
١٣ - جراحة الصدر والكلى	-	٤	١	٢	٧	٧	-	٦	٢٠
١٤ - التخدير	-	١٢	٨	١١	٣٢	٢٨	-	٢٥	٨٥
١٥ - الباطنة العامة	٦	٢١	١٤	١١	٥٢	٣٤	٣	٢٨	١١٧

١٦ ـ النفسية والعصبية	ـ	١١	١	٨	٢٠	٩	ـ	١٠	٣٩
١٧ ـ الأمراض الصدرية	ـ	٨	ـ	١	٩	٢	١	١١	٢٣
١٨ ـ القلب والأوعية الدموية	٣	٦	٤	٥	١٨	٤	ـ	١١	٢٣
١٩ ـ المناطق الحارة	ـ	٧	٢	٥	١٤	٢	ـ	٦	٢٢
٢٠ ـ النساء والتوليد	٤	١٤	١٠	١٠	٣٨	٢٢	ـ	٢٥	٨٥
٢١ ـ الأطفال	٣	١٤	٣	٦	٢٦	٢٠	ـ	٢٠	٦٦
٢٢ ـ طب العين وجراحتها	٢	٩	١	١٣	٢٦	١٠	ـ	١٤	٥٠
٢٣ ـ الصحة العامة	١	٢	٢	١٢	١٧	٨	٩	ـ	٣٤
٢٤ ـ الأشعة العلاجية	ـ	ـ	١	٤	٥	٢	ـ	٦	١٣
٢٥ ـ الأشعة التشخيصية	ـ	٦	٣	٧	١٦	٦	-	١٦	٣٩
٢٦ ـ الأنف والأذن	٣	١١	٣	١٠	٢٧	١٥	ـ	٨	٥٠
٢٧ ـ الجلدية والتناسلية	ـ	١١	١	٥	١٧	٧	ـ	٧	٣١
٢٨ ـ الطب الشرعى	ـ	٩	٣	٥	١٧	١٠	ـ	ـ	٢٧
المجموع	٢٦	٢٤٥	١١٩	٢٢٣	٦١٣	٣١٧	٠٦٩	٢٧٣	١٢٧٢

جدول رقم (٥٤) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب عين شمس في العام الجامعي ٢٠٠٠

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	١٧	١٠	١٧	٨	١١
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	١٦	٩	٩	١٦	٨
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	١٦	-	٩	٧	٧
الكيمياء الحيوية	١٩	٦	٩	٣	٩
الباثولوجيا	٢٩	١٤	٢	٥	٧
الباثولوجيا الإكلينيكية	٣٠	٣٤	٣٠	٢٠	١٠
الفارماكولوجيا	١٣	٨	٤	٧	١١
البكتريولوجيا	١٠	٦	١٢	١٤	٩
الطفيليات	٣١	١١	٦	٩	٥
الجراحة العامة	٦٠	٣٧	٣٢	١٦	٤
جراحة القلب والصدر	١١	١٠	٩	٨	-
جراحة المسالك البولية	١٤	٨	٣	٧	٣
جراحة العظام	٢١	٩	١٤	١٦	٤
جراحة أنف وأذن وحنجرة	٣٠	١٩	٨	١٥	٤
التخديـــر	٤٢	٤٥	٥٩	٧٩	١٣
أمراض باطنة عامة	٥٢	٢٥	٤٢	٤٢	٤
جراحة التجميل والحروق	٥	٧	٥	١٠	١

أمراض باطنة خاصة والطب الطبيعى	٦	١٦	٨	١٢	٢
أمراض عصبية ونفسية	١٢	١٤	١٣	١٨	٤
أمراض صدرية	٥	٥	٧	١٠	٢
أمراض القلب	٢٠	١٠	١٨	٢١	-
الأمراض المتوطنة	١١	١١	١	-	-
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	١٤	٦	٧	٩	٢
التوليد وأمراض النساء	٣٩	٢٩	٢٧	١٩	٧
طب العين وجراحتها	٢٢	١٤	٩	٢٠	٧
طب الأطفال	٣٠	٢٤	٢١	٢٢	٦
الأشعة التشخيصية	١٩	٢١	٤١	٢٣	١
جراحة المخ والأعصاب	٤	٧	٩	٩	٢
الصحة العامة وطب المجتمع	٩	٦	٦	٩	٧
الطب الشرعى	٨	٩	١١	٥	٧
علاج الأورام والطب النووى	٤	-	-	٢١	١
طب وصحة المسنين	٣	-	-	٥	-
الإجمـــالى	٦٢٢	٤٣٠	٤٥٩	٤٨٧	١٦٠

جدول رقم (٥٥) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب عين شمس (٢٠٠٢)

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
التشريح	١٨	١٧	١٨	١٣	١٢
الهستولوجيا	١٩	٧	١٢	١٣	٧
الفسيولوجيا	١٥	٣	٩	٦	٧
الكيمياء الحيوية	٢٠	٦	١١	٩	٧
الباثولوجيا	٣٤	١٢	٦	٤	٧
الفارماكولوجيا	١٤	٩	٤	٩	١٠
البكتريولوجيا	١٣	٨	١٢	١٦	٩
علم الطفيليات	٣٥	١٦	٧	١٠	٧
الصحة العامة	١٦	٦	٧	١٣	٨
الطب الشرعى	١٣	٨	٩	٧	١١
الجراحة العامة	٧٢	٤٠	٤٥	٢٣	١
جراحة القلب والصدر	١٤	١٣	٩	١٤	٢
جراحة المخ والأعصاب	٤	١٣	١٥	١٢	٢
جراحة التجميل	٦	٧	٨	١٥	٣
جراحة العظام	٢٥	٩	٢١	٢٨	–
جراحة المسالك البولية	١١	٧	٨	١١	–
أنف وأذن وحنجرة	٣٢	١٩	١٧	٢٠	–
التخدير	٥٤	٥٣	٧٨	٩٢	١
الباطنة العامة	٦١	٤٠	٤٧	٥٠	١٥

العصبية والنفسية	١٦	١٨	٢٢	٢٤	–
الطب الطبيعى	١١	١٦	١٧	١٦	–
الصدر	٧	٨	٣	١٦	٢
القلب	٢٢	١١	٢٢	١٩	٣
المتوطنة	١٥	١٠	١	١٠	–
الجلدية والتناسلية	١٧	٨	١٠	١٥	–
الباثولوجيا	٤١	٣٦	٣٦	٣٠	١
طب وصحة المسنين	٣	-	١	١٣	–
أمراض النساء والتوليد	٤٠	٤٠	٣٧	٢٧	٣
الرمد	٢٧	١٠	١٦	٣٥	٤
طب الأطفال	٤٢	٢٥	٢٩	٣٢	٣
الأشعة التشخيصية	٢٦	٢٩	٤٨	٢٨	٢
الأورام والطب النووى	٥	١	١٥	٢٧	١
الإجمالى	٧٤٨	٥٠٥	٦٠٠	٦٥٧	١٢٨

جدول رقم (٥٦) أعضاء هيئات التدريس والمعيدون فى أقسام كلية طب أسيوط (١٩٧٠)

القسم	أستاذ ذو كرسى	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
الفسيولوجيا	١	-	١	-	٨
التشريح والهستولوجيا	١	-	-	-	١٢
الباثولوجيا	١	-	١	١	٧
الميكروبولوجيا	١	-	٥	-	٩
الكيمياء الحيوية	١	١	-	٢	٤
الجراحة العامة	١	-	١	٢	٧
الطب الوقائى	-	-	١	١	٤
القلب (الباطنة الخاصة)	-	١	-	-	-
الرمد	١	-	-	١	١
الباطنة العامة	١	-	١	٣	٢
الأطفال	١	-	-	١	-
النساء والتوليد	١	-	٢	٤	١
الجراحة الخاصة	-	-	٧	٣	٤
الفارماكولوجيا	-	-	٤	٣	٨
الأشعة	-	-	-	١	-
الطب الشرعى	-	-	-	-	٣

جدول رقم (٥٧) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى أقسام كلية طب أسيوط (١٩٨٧)

القسم	أستاذ متفرغ	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ - التشريح	-	٣	١	٦	١٠	٢	١	-	١٣
٢ - الهستولوجيا	-	٢	١	٢	٥	٢	٤	-	١١
٣ - الفسيولوجيا	-	٢	٦	٢	١٠	٢	٥	-	١٧
٤ - الكيمياء الجيوية	-	٢	٣	-	٥	٦	٢	-	١٣
٥ - الفارماكولوجيا	-	٥	٤	٣	١٢	٧	٦	-	٢٥
٦ - الباثولوجيا والباثولوجيا الإكلينيكية	-	٧	٥	٨	٢١	٧	٢٢	١٤	٦٤
٧ - البكتريا والطفيليات	-	١٠	٦	١	١٧	١٢	٤	-	٣٣
٨ - الصحة العامة	-	٤	٢	-	٦	١٠	٦	-	٢٢
٩ - الجراحة العامة	-	٦	٨	٦	٢٠	١١	١	٢٤	٥٦
١٠ - التخدير	-	٣	٤	١٠	١٧	١٠	-	٢٥	٥٢
١١ - الجراحة الخاصة	١	٩	٩	١٢	٣١	١٤	١	٢٨	٧٤
١٢ - الباطنة العامة	-	١	٣	٦	١١	١٦	٤	٢٦	٥٧
١٣ - الطب الشرعى	-	٣	-	٢	٥	٢	٣	-	١٠

١٤ ـ الباطنة الخاصة	-	٥	٥	٣	١٣	٢٣	٣	٢٣	٦٢
١٥ ـ النساء والتوليد	-	٥	١	٩	١٥	٦	-	١١	٣٢
١٦ ـ طب وجراحة العين	-	٢	-	٦	٨	٤	-	٨	٢٠
١٧ ـ الأطفال	-	١	٢	-	٣	١١	١	١٢	٢٧
١٨ ـ الأشعة	-	١	٢	-	٣	١١	١	١٢	٢٧
المجموع	٣	٧٣	٦١	٨٠	٢١٧	١٥٤	٦٤	١٨٥	٦٢٠

جدول رقم (٥٨) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب أسيوط في العام الجامعي ٢٠٠٠

القســم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	٦	٢	٤	٥	٦
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	٤	٣	٢	٤	٦
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	٦	٢	٣	٥	٦
الكيمياء الحيوية	٥	٣	١	٦	٧
الباثولوجيا	٥	٧	٤	-	٦
الباثولوجيا الإكلينيكية	٩	٥	١١	١١	-
الفارماكولوجيا	٧	٣	١	٣	٦
البكتريولوجيا	١٠	١	٢	٤	٦
الطفيليات	٤	٣	٣	٣	٥
الجراحة العامة	١١	٥	٦	٩	-
جراحة القلب والصدر	٦	-	٣	١	-
جراحة المسالك البولية	٦	٤	٦	٩	-
جراحة العظام	٥	٦	٢	١٠	-
جراحة أنف وأذن وحنجرة	٨	٤	٨	٧	٢
التخديــر	١٥	٧	٢	١٩	-
أمراض باطنة عامة	١١	٢	٧	١٥	٥
جراحة التجميل والحروق	٢	١	١	-	-

أمراض عصبية ونفسية	٥	٥	٢	٥	١
أمراض صدرية	٣	٥	٣	٥	٢
أمراض القلب	٤	-	-	٦	١
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	٤	١	٥	٣	-
التوليد وأمراض النساء	١٤	٨	٦	١٣	-
طب العين وجراحتها	٧	٥	٥	٥	-
طب الأطفال	١١	٨	٩	٧	-
الأشعة العلاجية	٣	٦	٢	٧	-
الأشعة التشخيصية	٣	٣	١	١١	-
جراحة الأوعية الدموية	٢	١	-	٢	-
جراحة المخ والأعصاب	٣	١	-	١	-
الصحة العامة وطب المجتمع	٥	٤	٢	٥	٩
الطب الشرعى	٦	-	٤	٥	٤
طب المناطق الحارة	٣	٢	٤	٨	٢
الروماتيزم والتأهيل	٢	٣	٣	٨	-
طب الحالات الحرجة	-	-	-	٦	-
الإجمـــالى	١٩١	١١١	١٠٩	٢٠٢	٧٤

جدول رقم (٥٩) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب أسيوط (٢٠٠٣)

القســم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
الفسيولوجيا	٨	٣	٣	١٠	٢
الهستولوجيا	٤	٢	٦	٧	٥
الطفيليات	٥	٥	-	٩	٢
الفارماكولوجيا	١١	٣	٤	٦	٨
الباثولوجيا	٧	٧	٦	٦	٦
الطب الشرعى والسموم	٦	٤	٢	٨	٢
الصحة العامة	٨	٢	٧	٧	٧
الميكروبيولوجيا والمناعة	٩	٢	٣	٩	٦
الكيمياء الحيوية	٧	٢	٥	٧	٩
التشريح	١٠	-	١٠	٦	٨
الباثولوجيا والاكلينيكية	١٣	٧	١٤	١٣	-
التخدير	٢٠	٩	١٠	١٥	٣
الصدرية	٦	٣	٦	٨	٣
الروماتيزم والتأهيل	٤	٥	٣	٩	١
طب العيون	٩	٤	٦	٩	٢
طب المناطق الحارة	٥	٢	٨	٨	٢
أمراض القلب	٤	-	٣	١٢	٥
الباطنة العامة	١١	٧	١٢	١٩	٤
الأشعة التشخيصية	٣	٩	٣	١٤	١

الأشعة العلاجية	٣	٤	٣	٩	٢
جراحة المخ والأعصاب	٣	١	–	٤	٢
جراحة العظام	٨	٥	٥	٩	١
الجلدية والتناسلية	٥	١	٧	٦	١
الجراحة العامة	١٤	٥	٨	٧	١
جراحة المسالك البولية	٨	٦	٤	١٢	٢
الأطفال	١٤	٩	٩	١٢	٣
النساء والتوليد	١٩	٦	١٠	١٤	٢
العصبية والنفسية	٨	١	٦	٨	٢
جراحة القلب والصدر	٣	١	–	٥	١
أنف وأذن وحنجرة	٩	٦	٦	٩	١
جراحة التجميل والحروق	٢	١	٢	٤	–
جراحة الأوعية الدموية	٢	١	١	٤	–
الإجمالي	٢٤٨	١٢٣	١٧٢	٢٨٥	٩٤

جدول رقم (٦٠) أعضاء هيئات التدريس والمعيدون فى الأقسام المختلفة لكلية طب طنطا* فى عام (١٩٧٠)

القسم	أستاذ ذو كرسي	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
١ - الكيمياء الحيوية	١	-	-	١	٢
٢ - الفسيولوجى	-	-	١	-	٥
٣ - التشريح	-	-	-	١	٥
٤ - الهستولوجى	-	-	-	-	٤
٥ - الأقربازين	-	-	-	-	٤
٦ - الرمد	-	-	-	١	-
٧ - الأطفال	-	-	-	٢	٢
٨ - النساء	-	-	-	١	٤
٩ - الجراحة	١	-	٢	٢	٩
١٠ - التخدير	-	-	-	-	٢
١١ - الباطنة	-	-	-	٢	٧
١٢ - الجلدية التناسلية	-	-	-	١	-
١٣ - الصحة العامة	-	-	١	-	٤
١٤ - المتوطنة الطفيليات	-	-	-	-	٢
١٥ - الباثولوجيا	١	-	-	١	٤
١٦ - البكتريولوجيا	-	-	-	-	٢
المجموع	٣	-	٤	١٢	٥٦

* كانت لا تزال تابعة لجامعة الأسكندرية، ولم تكن جامعة طنطا قد نشأت بعد.

جدول (٦١) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى أقسام كلية طب طنطا (١٩٨٧)

	أستاذ متفرغ	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ ـ التشريح والهستولوجيا	-	٣	٣	١٢	١٨	١٣	٢٠	-	٣٠
٢ ـ الفسيولوجيا	١	١	١	٢	٥	٣	٨	-	١٦
٣ ـ الكيمياء الحيوية	-	٣	١٠	-	١٣	٢	٥	-	٢٠
٤ ـ الباثولوجيا	-	٤	٤	٤	١٢	١٤	٤	-	٣٠
٥ ـ البكتريا	-	٥	٧	١	١٣	٣	-	-	٤
٦ ـ الطفيليات	-	[illegible]	١	٢	٤	٤	٦	-	١٤
٧ ـ الفارماكولوجيا	-	٢	٢	٤	٨	١	٢	-	١١
٨ ـ الجراحة العامة	-	٥	٥	٥	١٥	١١	-	١٢	٣٨
٩ ـ الجراحة الخاصة	-	٦	٦	٧	٢٠	١٤	١	٢٢	٥٧
١٠ ـ الباطنة العامة	-	٤	٣	٣	١١	١٠	-	١٢	٣٣
١١ ـ الباطنة الخاصة	١	٥	٤	٨	١٨	١٩	٢	١٨	٥٧
١٢ ـ الجلدية والتناسلية	-	٤	-	٢	٦	٧	-	٤	١٧
١٣ ـ الأطفال	-	٤	٢	٢	٨	٦	٥	١١	٣٠
١٤ ـ طب وجراحة العين	-	٤	-	٤	٨	٨	٥	٨	٢٩
١٥ ـ الأنف والأذن والحنجرة	-	٢	٣	٥	١٠	٦	-	٥	٢١
١٦ ـ الأشعة	-	١	-	٤	٥	٥	-	١٠	٢١

١٧ ـ الصحة العامة	-	٣	٣	٢	٨	٣	٧	-	١٨
١٨ ـ الطب الشرعى	-	-	٤	-	٤	٣	٧	-	١٤
١٩ ـ النساء والتوليد	-	٥	٥	٤	١٤	٦	-	٩	٢٩
٢٠ ـ الباثولوجيا الإكلنيكية	-	٢	٢	٤	٨	٦	٢	٨	٢٤
٢١ ـ التخدير	-	٢	٢	٤	٩	١٤	-	٦	٢٩
المجموع	٤	٦٧	٦٧	٧٩	٢١٧	١٥٢	٦٠	١٢٥	٥٥٤

جدول رقم (٦٢) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب طنطا فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القسـم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	٥	٦	٩	٤	٥
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	٢	٣	٨	٣	٥
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	٣	٢	٧	٨	٤
الكيمياء الحيوية	٦	٤	٢	٤	٤
الباثولوجيا	١٥	٦	٤	٣	٥
الباثولوجيا الإكلينيكية	٨	٦	٩	٤	١
الفارماكولوجيا	٤	٣	٢	١	٧
البكتريولوجيا	٨	٤	٤	٤	٢
الطفيليات	٤	٣	٦	١	٢
الجراحة العامة	١٦	٨	١١	٧	-
جراحة القلب والصدر	٢	-	٤	-	١
جراحة المسالك البولية	٧	٤	٦	٤	١
جراحة العظام	٢١	٩	١٤	١٦	٤
جراحة أنف وأذن وحنجرة	٨	٧	٣	٢	-
التخديـر	٤٢	٤٥	٥٩	٧٩	١٣
أمراض باطنة عامة	٧	١٠	٣	١٧	-
أمراض عصبية ونفسية	٤	٤	٣	١٣	١

أمراض صدرية	٢	٣	٣	٦	١
أمراض القلب	٤	٩	٤	١٩	٢
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	٦	٤	٦	٥	٢
التوليد وأمراض النساء	١٢	٨	٧	٣	٢
طب العين وجراحتها	٧	١٢	٩	٢	٢
طب الأطفال	٤	٨	١٠	١٠	١
الأشـعة	٢	٥	٩	٢٦	٣
جراحة المخ والأعصاب	٢	-	٣	٤	١
الصحة العامة وطب المجتمع	٧	٣	٥	٢	٢
الطب الشرعى	٣	٥	٥	٦٥	
طب المناطق الحارة	٤	٣	٦	٩	١
الروماتيزم والتأهيل	٤	-	٢	٧	١
الإجمـــالى	١٧٢	١٤٥	١٥٧	٢١٢	٦٤

جدول رقم (٦٣) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب طنطا (٢٠٠٢)

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
أمراض الباطنة العامة	١٠	١٠	١٠	٩	٢
الجراحة العامة	٢١	٦	٢٣	١٦	٥
جراحة المخ والأعصاب	٢	١	٥	٩	١
النساء والتوليد	١١	١١	٤	٨	–
الباثولوجيا الاكلينيكية	١٠	٨	١٠	١٥	-
التخدير	١٤	١٣	١٦	٢٦	١
الفارماكولوجيا	٣	٣	٢	٣	٧
جراحة القلب والصدر	٢	١	٥	١٠	٢
أمراض القلب	٨	٤	١٢	٢٠	-
أمراض صدرية	٢	٢	٣	١٠	-
الأمراض العصبية والنفسية	٤	٤	٨	٩	–
الأمراض الجلدية والتناسلية	٩	٤	١١	١٠	–
طب الأطفال	٤	١٣	٦	١٥	–
طب العين وجراحتها	١٣	١٠	١٢	٧	٢
أنف وأذن وحنجرة	١١	٨	٤	٦	١
الصحة العامة	١٠	٧	٤	٧	٤
الطب الشرعي والسموم	٤	٨	١٠	٢	٧
جراحة المسالك البولية	٧	٧	٧	١٢	–
جراحة العظام	٨	٦	٩	٩	١
الطب الطبيعي والتأهيل	٤	١	٦	٧	٢

الفسيولوجيا	٣	٣	٥	٧	٧
الكيمياء الحيوية	١٠	٤	٦	٧	–
التشريح	٨	٥	١١	٦	٣
الهستولوجيا	٢	٥	٧	٦	٥
الطفيليات	٨	٢	٤	٣	١
الباثولوجيا	١٦	٧	٥	٦	٦
البكتريولوجيا	١٠	٣	٧	٢	٣
طب المناطق الحارة	٥	٧	٦	٩	١
الأشعة التشخيصية	١	٥	١٢	١٦	١
علاج الأورام	-	٢	٤	١٠	٦
الإجمالى	٢٢٠	١٧٠	٢٣٤	٢٨٢	٦٨

جدول رقم (٦٤) أعضاء هيئات التدريس والمعيدون فى الأقسام المختلفة بكلية طب المنصورة* (١٩٧٠)

القسم	أستاذ ذو كرسى	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
الفسيولوجيا	١	-	-	٤	٩
الباثولوجيا	١	-	-	١	١٩
التشريح	-	-	-	٤	١٤
الباطنة العامة	-	-	٢	١	٣
الباطنة الخاصة	-	-	١	٤	٣
الجراحة	-	-	٣	١	٣
الجراحة الخاصة	-	-	١	٤	٣
النساء والولادة	-	-	١	٢	١
الأطفال	-	-	-	٢	١
الصحة العامة	-	-	١	-	٢
المتوطنة	-	-	-	-	٣
الطب الشرعى	-	-	-	-	-
الرمد	-	-	١	١	-
الأشعة	-	-	-	٢	١
المجموع	٢	-	٩	٢٦	٦٢

* كانت لا تزال تابعة لجامعة القاهرة، ولم تكن جامعة المنصورة قد نشأت بعد.

جدول رقم (٦٥) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى الأقسام المختلفة بكلية طب المنصورة (١٩٨٧)

	أستاذ متفرغ	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم
١ ـ التشريح والهستولوجيا	٧	٥	٤	١٦	١٠	٥	ـ	٣١
٢ ـ الفسيولوجيا	٢	١	٧	١٠	٨	ـ	ـ	١٨
٣ ـ الكيمياء الحيوية	٣	١	٨	١٢	٤	٢	ـ	١٨
٤ ـ الباثولوجيا	٣	٤	٥	١٢	٣	٢	ـ	١٧
٥ ـ الباثولوجيا الإكلينيكيج	٣	٣	٣	٩	٥	ـ	ـ	١٤
٦ ـ البكترولوجيا	٤	٣	٦	١٤	١	٢	ـ	١٦
٧ ـ الطفيليات	٣	١	٦	١٠	ـ	١	ـ	١١
٨ ـ الفارماكولوجيا	٣	٤	٢	٩	٤	١	ـ	١٤
٩ ـ الجراحة العامة	٧	٥	٧	١٩	١٠	ـ	١٩	٤٨
١٠ ـ الجراحة الخاصة	٨	٨	٩	٢٥	٧	ـ	١٣	٤٥
١١ ـ التخدير	٣	١	٧	١١	٦	ـ	١٣	٣٠
١٢ ـ الباطنة العامة	٩	١	١٣	٢٣	٨	ـ	٢٢	٥٣
١٣ ـ الباطنة الخاصة	٧	٩	١٠	٢٦	١٦	٢	١٧	٦١
١٤ ـ النساء والولادة	٥	٢	٥	١٢	٤	ـ	١٠	٢٦
١٥ ـ الأطفال	٥	٥	٥	١٥	٤	ـ	٦	٢٥

١٦ـ طب العين وجراحتها	٢	٥	٢	٩	٩	ـ	٧	٢٥
١٧ـ الصحة العامة	٥	٣	٣	١١	٢	٢	ـ	١٥
١٨ـ الأشعة	٣	١	٦	١٠	١٠	١	١٧	٣٩
١٩ـ الأنف والأذن	٣	٣	ـ	٦	٣	ـ	٥	١٤
٢٠ـ الطب الشرعى	٥	٢	٢	٩	٣	ـ	ـ	١٢
٢١ـ الاستقبال	ـ	ـ	ـ	ـ	ـ	ـ	١٣	١٣
المجموع	٩٠	٦٧	١١٠	٢٦٧	١١٧	١٩	١٢٥	٥٤٥

جدول رقم (٦٦) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب المنصورة فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	٦	٣	٦	٣	٧
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	١	٦	٥	٦	٧
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	١٢	٣	١	٤	١٠
الكيمياء الحيوية	١١	٣	٤	٦	٨
الباثولوجيا	١٣	٣	٤	٦	١٢
الباثولوجيا الإكلينيكية	١١	٥	١١	١٧	٤
الفارماكولوجيا	٧	٣	٤	٣	٧
البكتريولوجيا	١١	-	٥	٦	١٤
الطفيليات	٩	٢	٢	٥	٣
الجراحة العامة	٢١	١٣	١٩	٣٦	١
جراحة القلب والصدر	٢	٦	٦	٢	-
جراحة المسالك البولية	١١	٣	٥	٣	١
جراحة العظام	٧	٧	٤	٥	-
جراحة أنف وأذن وحنجرة	٦	٢	٦	١٠	-
التخديـــر	٧	٩	٦	٢٣	-
أمراض باطنة عامة	٣٨	١٠	٢٤	٤٦	٤
أمراض عصبية ونفسية	١٠	٣	٦	١٥	٢

أمراض صدرية	٤	١	٣	٨	-
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	٧	٨	٧	٦	-
التوليد وأمراض النساء	٩	٦	١٠	٢٣	-
طب العين وجراحتها	١١	٧	١١	١٠	-
طب الأطفال	١٥	٥	٩	١٢	١
الأشـعة	١١	٩	٢	١١	-
الصحة العامة وطب المجتمع	١٠	٣	١	٤	٦
الطب الشرعى	٧	٢	٣	٨	٧
الروماتيزم والتأهيل	٤	٢	٤	٥	١
علاج الأورام والطب النووى	٣	٨	١٠	١٦	٤
طب الحالات الحرجة	-	-	-	٦	-
الإجمـــالى	٢٦٧	١٢٨	١٨٤	٣٠٧	٩٩

جدول رقم (٦٧) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب المنصورة (٢٠٠٢)

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
الفسيولوجيا	١٤	٣	٢	٥	١١
التشريح	٨	٤	٩	٥	٩
الأنسجة والخلايا	٣	٧	٣	٧	٩
الكيمياء الحيوية	١٢	٥	٤	٦	١٠
الباثولوجيا	١٦	١	٥	٦	١٨
الطب الشرعى	١٠	١	٦	١٢	٥
طب المجتمع	١١	٦	٤	٦	١١
الفارماكولوجيا	١٠	٤	٣	٥	٧
الميكروبيولوجيا	١١	٥	٣	١٣	٢١
الطفيليات	١٠	٢	٢	٧	٤
الباثولوجيا الاكلنينيكية	١٤	٩	١٠	٣٣	–
طب وجراحة العين	١٣	٧	١٤	١٥	٢
الجراحة العامة	٢٦	١٣	٣١	٣٩	–
التخدير	١١	١١	١٤	٣٣	١
جراحة المسالك البولية	١١	٦	٦	٦	–
أنف وأذن وحنجرة	٦	٧	٦	١٣	–
النساء والتوليد	٩	٤	١٥	١٣	٤
الأشعة التشخيصية	١٤	١٣	٩	١٣	٢

طب الأطفال	١٦	٦	١٥	١٧	٢
الباطنة العامة	٢٦	١٥	٤١	٤٩	٥
الباطنة الخاصة (عصبية)	٦	١	٥	١٩	٥
الروماتيزم والتأهيل	٧	٤	٤	٨	١
الأمراض الصدرية	٥	٢	٤	١٠	–
الأمراض الجلدية والتناسلية	١٠	٩	١٠	٥	–
جراحة العظام	٩	٥	١١	١٨	–
جراحة القلب والصدر	٥	٤	٧	٤	–
الأمراض النفسية	٥	٤	٣	١٠	٢
الأورام والطب النووى	٦	٨	٩	٢٣	١
الإجمالى	٣٠٤	١٦٦	٣٢٢	٤٠٠	١٣٠

جدول رقم (٦٨) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى الأقسام المختلفة بكلية طب الزقازيق (١٩٨٧)

	أستاذ متفرغ	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ ـ التشريح	ـ	ـ	١	٩	١٠	٤	٦	ـ	٢٠
٢ ـ الهستولوجيا	ـ	ـ	٢	٤	٦	٩	٨	ـ	٢٣
٣ ـ الفسيولوجيا	ـ	١	ـ	٦	٧	٣	١٠	ـ	٢٠
٤ ـ الكيمياء الحيوية	ـ	١	ـ	٦	٧	٣	١٢	ـ	٢٢
٥ ـ الباثولوجيا	-	-	٣	٧	١٢	٩	٧	ـ	٢٨
٦ ـ الفارماكولوجيا	ـ	ـ	١	٦	٧	٨	١٢	ـ	٢٧
٧ ـ البكتريولوجيا	ـ	ـ	١	٦	٧	٨	١٢	ـ	٣٨
٨ ـ الطفيليات	١	٢	٢	٤	٩	١٦	٢	ـ	٢٧
٩ ـ الصحة العامة	ـ	١	١	٦	٨	١٠	٩	ـ	٢٧
١٠ ـ الطب الشرعى	ـ	ـ	ـ	٦	٦	٥	٢	ـ	١٣
١١ ـ الجراحة العامة	ـ	٣	٧	١١	٢١	٢١	ـ	٢٥	٦٧
١٢ ـ المسالك البولية	ـ	٣	٣	٦	١٢	٩	-	٨	٣٠
١٣ ـ الجراحة الخاصة	ـ	٤	١	٨	١٣	٩	٣	١٧	٥٢
١٤ ـ التخدير	ـ	٢	٣	٧	١٢	٢٢	ـ	٢٠	٥٤
١٥ ـ الباطنة العامة	ـ	٢	٧	٨	١٦	٣١	ـ	٢٠	٦٨
١٦ ـ الباطنة الخاصة	-	٣	٥	١٣	٢٢	٣٨	-	٢٨	٩٩
١٧ ـ الجلدية والتناسلية	ـ	٢	١	٤	٧	١١	ـ	١١	٢٩

١٨ ـ الباثولوجيا الإكلينيكية	ـ	٢	٢	٤	٨	٩	٢	١٥	٣٤
١٩ ـ الأطفال	١	١	٤	١٤	٢٠	٢٥	ـ	١٢	٥٨
٢٠ ـ طب وجراحة العين	ـ	١	٣	١١	١٥	١٤	ـ	١٢	٤١
٢١ ـ الأنف والأذن	ـ	٤	١	٦	١١	١١	٢	١٤	٣٨
٢٢ ـ الأشعة	١	ـ	ـ	٧	٨	٦	ـ	١٩	٣٣
٢٣ ـ النساء والتوليد	ـ	٤	٣	٧	١٤	٢٨	ـ	١٦	٥٩
المجموع	٥	٣٨	٥٢	١٦٨	٢٦٣	٣٣٣	٨٤	٢٢٧	٩٠٧

جدول رقم (٦٩) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب الزقازيق فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	١٠	٤	١١	٥	٧
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	٦	٨	٩	٩	٩
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	٦	٢	٧	٨	
الكيمياء الحيوية	٤	٣	٩	٢	١١
الباثولوجيا	٩	٥	١١	٧	٨
الباثولوجيا الإكلينيكية	٨	٥	١٤	١٦	-
الفارماكولوجيا	١٠	٣	١٠	١	٥
البكتريولوجيا	٢٢	٨	١٠	١٢	٦
الطفيليات	١٤	٥	٦	٢	٧
الجراحة العامة	٢٢	١٣	١٣	٢٩	-
جراحة القلب والصدر	٢	٦	-	١١	-
جراحة المسالك البولية	١٠	١١	-	٨	-
جراحة العظام	٨	٤	٢٠	٢١	١
جراحة أنف وأذن وحنجرة	٨	١٤	١١	١٠	-
التخديـر	١٩	٩	٢٢	٣٣	-
أمراض باطنة عامة	١٩	٩	٢٢	٣٣	-
أمراض عصبية ونفسية	٨	٥	١١	١٧	-

أمراض صدرية	٦	٢	٧	١٠	-
أمراض القلب	٦	١٠	٤	١٦	-
الأمراض المتوطنة	٥	٥	١١	٨	-
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	٥	٧	١٣	٧	-
التوليد وأمراض النساء	٢١	١٥	١٠	١٨	-
طب العين وجراحتها	١٧	١٢	١٥	١٣	-
طب الأطفال	٣٣	١٣	١١	٢٤	-
الأشعة العلاجية	١	٢	٨	٨	-
الأشعة التشخيصية	٨	٥	١١	٢٠	-
جراحة المخ والأعصاب	٥	٣	٩	٤	-
الصحة العامة وطب المجتمع	١٠	٩	١٠	٥	٥
الطب الشرعى	٤	٣	١٠	٨	٣
الروماتيزم والتأهيل	٤	٢	٤	٥	١
الإجمـــالى	١٧٢	١٤٥	١٥٧	٢١٢	٦٤

جدول رقم (٧٠) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب الزقازيق (٢٠٠٢)

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
التشريح	٩	٦	٩	٩	٦
الهستولوجيا	٨	٨	١١	١٠	١٢
الفسيولوجيا	١٢	٨	٢	٦	١٤
الكيمياء الحيوية	٥	٥	١١	٥	١٣
الباثولوجيا	١٣	٦	١٥	٧	١١
الكبتريولوجيا	٢٣	١٤	١٥	٦	١٣
الطفيليات	١٦	٥	٦	٤	٩
الصحة العامة	١١	١٣	١٢	٥	١١
الطب الشرعى	٦	٥	١٦	٦	٦
الفارماكولوجيا	١٣	٥	٨	١	٨
الجراحة العامة	٢٩	٢١	١٩	٣٣	-
جراحة العظام	٧	١١	١٩	٢٦	١
جراحة المخ والأعصاب	٤	٩	٤	١٠	-
الباطنة العامة	٣١	٢٢	١٩	٤٨	-
القلب والأوعية الدموية	١١	١٢	٨	١٨	-
الأمراض النفسية	٤	٧	٣	١٢	-
المخ والأعصاب	٦	٦	١٤	٩	-
الأمراض الصدرية	٧	١٠	٣	١٣	-

المتوطنة	٧	٩	٩	١٠	–
الروماتيزم والتأهيل	٧	٨	١٠	٩	–
الجلدية والتناسية	١١	٣	١٤	١٠	–
طب الأطفال	٣٥	٢٦	١٢	٢٦	–
العين وجراحتها	٢٥	١٦	١٤	١٥	–
أنف وأذن وحنجرة	٨	١٩	١٦	١١	–
الأشعة	١٠	١٣	٢٥	٣٣	–
التوليد وأمراض النساء	٢٣	٢٤	١٩	١٨	–
التخدير	٢١	٢٤	٣٨	٤٠	–
جراحة المسالك البولية	١١	١٢	٥	١١	–
جراحة القلب والصدر	٣	٧	٥	١٢	–
الإجمالى	٣٨٥	٣٤٢	٣٧٧	٤٤٧	١٠٤

جدول رقم (٧١) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى الأقسام المختلفة بكلية طب بنها (١٩٨٧)

م القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ ـ التشريح	١	ـ	ـ	١	٤	٩	ـ	١٤
٢ ـ الهستولوجيا	١	ـ	٢	٣	١	١٣	ـ	١٧
٣ ـ الفسيولوجيا	ـ	ـ	١	١	١	٦	ـ	٨
٤ ـ الكيمياء الحيوية	١	١	١	٣	٢	١٠	ـ	١٥
٥ ـ الباثولوجيا	ـ	ـ	١	١	٥	٧	ـ	١٣
٦ ـ الباثولوجيا الإكلينيكية	ـ	٢	ـ	٢	٦	ـ	٩	١٧
٧ ـ البكتريولوجيا	ـ	١	١	٢	٦	١٤	ـ	٣٢
٨ ـ الطفيليات	١	١	١	٣	٧	٨	.	١٨
٩ ـ الفارماكولوجيا	١	ـ	ـ	١	٤	١٦	ـ	٢١
١٠ ـ الجراحة	٢	٤	٨	١٤	١٦	ـ	١٤	٤٤
١١ ـ المسالك البولية	٢	١	٥	٨	٤	ـ	٧	١٩
١٢ ـ العظام	١	١	٣	٥	٧	ـ	٦	١٨
١٣ ـ التخدير	ـ	٣	١	٤	١٢	ـ	٩	٢٥
١٤ ـ الباطنة	٢	٤	٣	٩	٣٤	ـ	٣٢	٧٥
١٥ ـ النساء والتوليد	١	٤	٢	٧	٢٤	ـ	٦	٣٧
١٦ ـ الأطفال	١	٢	٤	٧	٣٦	ـ	٦	٤٩

١٧ ـ طب العين وجراحتها	ـ	٣	١٠	١٣	١١	١	٨	٣٣
١٨ ـ الصحة العامة	١	١	٢	٤	٦٨	١٢	ـ	٢٤
١٩ ـ الأشعة	ـ	ـ	ـ	ـ	١٢	ـ	٨	١٤
٢٠ ـ الأنف والأذن والحنجرة	ـ	٢	٣	٦	٨	١	٧	٢٦
٢١ ـ الجلدية والتناسلية	ـ	٢	٣	٥	٥	ـ	٦	١٩
٢٢ ـ الطب الشرعى	ـ	ـ	ـ	ـ	ـ	٧	ـ	١٢
المجموع	١٦	٣٢	٥١	٩٩	٢٢٢	١١٤	١١٨	٥٥٣

جدول رقم (٧٢) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب بنها (جامعة الزقازيق) في العام الجامعي ٢٠٠٠

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	١	٥	٥	-	٧
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	٢	١	١٠	٢	٥
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	٣	٤	١	٣	١
الكيمياء الحيوية	٤	٢	٧	٢	٣
الباثولوجيا	١	٤	٤	٤	٤
الباثولوجيا الإكلينيكية	٩	٤	٩	٩	-
الفارماكولوجيا	٢	٩	١	٣	٣
البكتريولوجيا	٤	٨	٤	٣	٣
الطفيليات	٧	٤	٢	٣	١
الجراحة العامة	١٢	١١	٥	٥	-
جراحة القلب والصدر	١	-	٥	٤	-
جراحة المسالك البولية	٥	٤	٨	٥	-
جراحة العظام	٨	٥	٣	٥	-
جراحة أنف وأذن وحنجرة	١٣	٥	٩	٦	-
التخديـــر	٥	٧	١١	٨	-
أمراض باطنة عامة	٨	٦	٧	٦	-

أمراض عصبية ونفسية	١	٤	٣	٤	-
أمراض صدرية	٥	٣	-	٣	-
أمراض القلب	٢	٤	٢	٤	-
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	٨	-	٤	٤	-
التوليد وأمراض النساء	١٤	٩	٨	٨	-
طب العين وجراحتها	١٠	١٠	١٢	٨	-
طب الأطفال	٢٢	١٣	٩	٧	-
جراحة المخ والأعصاب	-	١	٤	٤	-
الصحة العامة وطب المجتمع	٧	٧	٤	٢	١
الطب الشرعى	٢	٣	٥	٦	-
الروماتيزم والتأهيل	٢	٣	٢	٤	-
الإجمــــالى	١٦٠	١٤٥	١٥٣	١٣٢	٢٨

جدول رقم (٧٣) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب بنها (جامعة الزقازيق) (٢٠٠٣)

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
أمراض الباطنة العامة	١٢	٦	٧	٣	–
أمراض القلب والأوعية الدموية	٤	٣	٩	٦	١
أمراض الكبد والجهاز الهضمى	٧	٤	٨	٥	–
الروماتيزم والتأهيل	٤	٤	٦	٣	–
الأمراض الصدرية	٦	٤	٣	٤	–
الأمراض النفسية والعصبية	٣	٣	٥	٣	–
الأمراض الجلدية والتناسلية	١١	٤	٨	٥	–
الجراحة العامة	١٥	١٠	٦	٧	–
جراحة القلب والصدر	١	–	٦	٦	–
جراحة المخ والأعصاب	–	١	٤	٦	–
المسالك البولية	٤	٧	٩	٥	–
النساء والتوليد	٢٤	٦	١٢	٩	–
أنف وأذن وحنجرة	١٣	٤	١٤	–	–
جراحة العظام	٨	٩	٩	٧	–
طب وجراحة العين	١٢	١٧	١٦	٥	–
طب الأطفال	٢٧	١٢	١٣	٥	–
التخدير والعناية المركزة	٩	١٢	١٣	٧	–
الأشعة	١	٣	٩	٣	–
الطفيليات	١٠	٢	٢	٣	٢

الفارماكولوجيا	٣	١١	١	٤	٤
الفسيولوجيا	٥	٢	١	٣	٣
طب المجتمع والبيئة والصناعات	١٠	٨	٣	٣	١
الطب الشرعي	٣	٣	٧	٧	٢
الكيمياء الحيوية	٤	٧	٢	٣	٣
الباثولوجيا	٢	٥	٥	٥	٣
الباثولوجيا الاكلينيكية	٨	٧	١٠	٦	١
التشريح	١	٦	٤	٤	٣
الهستولوجيا	٢	٣	٨	٥	٣
البكتريولوجيا	٨	١٢	٣	٣	٤
الإجمالى	٢١٧	١٧٥	٣٠٤	١٣٥	٣٠

جدول رقم (٧٤) أعداد أعضاء هيئات التدريس ومعاونيهم فى الأقسام المختلفة

بكلية طب المنيا (١٩٨٧)

م	القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	المجموع
١	الشريح	١	١	١	٣	٣	٢	٨
٢	الهستولوجى	–	–	–	–	–	٥	٥
٣	الفسيولوجى	–	–	١	١	٢	٥	٨
٤	الكيمياء الحيوية	١	١	١	٣	١	٥	٩
٥	الصحة العامة	–	–	–	–	٤	٢	٦
٦	اليكتريولوجى	١	–	١	٢	٦	–	٨
٧	الفارماكولوجى	–	–	–	–	٣	٤	٧
٨	الطب الشرعى	–	–	٣	٣	١	٨	١٢
٩	الباثولوجى	–	١	–	١	٤	١	٦
١٠	التخدير	–	–	١	١	–	–	١
١١	الجراحة العامة	–	–	٢	٢	١٤	–	١٦
١٢	العظام	–	–	١	١	٩	–	١٠
١٣	الأطفال	–	–	١	١	٩	–	١٠
١٤	النساء والولادة	–	–	١	١	٩	–	١٠
١٥	المسالك	–	–	٢	٢	٣	١	٦
١٦	جراحة العيون	١	–	–	١	٨	–	٩

١٧ ـ الباطنة العامة	–	–	٢	٢	١٣	١	١٦
١٨ ـ الأنف والأذن والحنجرة	١	–	–	١	٦	–	٧
١٩ ـ الأشعة	–	–	–	–	٢	–	٢
٢٠ ـ الباثولوجيا الإكلينيكية	–	–	–	–	١	١	٢
المجموع	٥	٣	١٧	٢٥	٩٩	٣٥	١٥٩

جدول رقم (٧٥) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب المنيا فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	٣	-	٣	١	-
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	١	١	٢	١	١
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	١	١	١	٢	-
الكيمياء الحيوية	٢	٣	٣	٣	٢
الباثولوجيا	٤	-	٢	٤	-
الباثولوجيا الإكلينيكية	١	٢	١	٤	-
الفارماكولوجيا	-	-	٣	٣	-
البكتريولوجيا	٣	٣	٤	٣	٣
الطفيليات	١	٢	٢	٣	-
الجراحة العامة	١٠	٢	١٢	٧	-
جراحة المسالك البولية	٣	١	٤	٣	-
جراحة العظام	٤	١	١	٣	-
جراحة أنف وأذن وحنجرة	٦	-	٧	١	-
التخديـــر	١	٢	٤	٧	-
أمراض باطنة عامة	٤	٥	٨	٩	-
أمراض باطنة خاصة والطب الطبيعى	٣	٥	٤	١٩	-
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	٣	٢	٥	٣	—

التوليد وأمراض النساء	٣	٩	٤	٩	-
طب العين وجراحتها	٢	٤	٦	٦	-
طب الأطفال	٤	٢	١٠	٦	-
الأشعة العلاجية	١	١	٣	٦	-
الصحة العامة وطب المجتمع	٢	١	٢	٥	٢
الطب الشرعى	١	-	٣	١١	١
طب المناطق الحارة	١	١	١	٥	-
الإجمـــالى	٦٤	٤٨	٩٥	١٢٤	٩

جدول رقم (٧٦) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب المنيا (٢٠٠٣)

القســم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
التشريح	٤	١	٣	٤	٥
الفسيولوجيا	١	٣	١	٢	٤
الكيمياء الحيوية	٢	٣	٤	٨	٢
الباثولوجيا	٤	١	٤	٦	٣
الفارماكولوجيا	-	-	٣	٩	٢
الطفيليات	١	٢	١	٥	٢
البكتريولوجيا	٣	٥	٥	٣	٣
الطب الشرعي	١	١	٩	٨	٣
الصحة العامة	٣	١	٥	٣	٤
الهستولوجيا	١	١	٣	٢	٣
الجراحة العامة	١١	٥	١٤	١٥	-
أنف وأذن وحنجرة	٧	٢	٨	٦	-
جراحة العيون	٤	٦	٨	٧	-
النساء والتوليد	٥	١٣	٤	١٢	-
التخدير	٢	٢	٦	٩	-
الباطنة الخاصة	٣	٨	٦	٣٦	٢

الباطنة العامة	٨	٤	١٣	٩	–
طب المناطق الحارة	١	٢	٢	٨	–
أمراض جلدية وتناسلية	٣	٥	٣	١١	–
طب الأطفال	٤	٦	٩	١١	–
الباثولوجيا الاكلينيكية	١	٢	٤	٨	–
الأشعة	١	٥	٤	٧	–
جراحة المسالك البولية	٤	٢	٥	٧	–
جراحة العظام	٥	٢	٢	٨	–
الإجمالى	٧٩	٨٢	١٢٥	٢٠٤	٣٤

جدول رقم (٧٧) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى الأقسام المختلفة بكلية طب المنوفية (١٩٨٧)

م القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ - العلوم الطبية والأساسية	١	٣	٣	٧	٤	٧	-	١٨
٢ - الباثولوجيا	-	١	١	٢	١	-	-	٣
٣ - الجراحة (عامة وخاصة)	٢	٢	٤	٨	٣	٢	-	١٣
٤ - الباطنة (عامة وخاصة)	-	-	١	١	٧	٨	-	١٦
٥ - النساء والولادة	-	-	٢	٢	١	-	-	٣
٦ - الأطفال	-	-	٣	٣	٣	١	-	٧
٧ - الرمد	-	-	-	-	١	٢	-	٣
٨ - الصحة العامة	١	-	١	٢	٣	١	-	٣
٩ - الأشعة	-	-	١	١	-	٢	-	٣
١٠ - الأنف والأذن والحنجرة	-	-	١	١	٤	-	-	٥
١١ - الأمراض الجلدية	١	١	٢	٤	١	١	-	٦
١٢ - الطب الشرعى	-	-	١	١	-	١	-	٢
المجموع	٥	٧	٢٠	٣٢	٢٨	٢٥	-	٨٥

جدول رقم (٧٨) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب المنوفية فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القســـم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	٢	٢	٤	-	٧
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	٢	٣	٥	٣	٢
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	١	١	٤	-	٧
الكيمياء الحيوية	-	-	٥	٦	٦
الباثولوجيا	١	١	٣	٣	٨
الفارماكولوجيا	٢	١	-	٢	٥
البكتريولوجيا	٢	٣	٣	١	٣
الطفيليات	٢	١	٤	٢	٤
الجراحة العامة	٥	٧	٧	٢	-
جراحة المسالك البولية	٥	٣	٣	-	١
جراحة العظام	٣	٣	٣	٤	-
جراحة أنف وأذن وحنجرة	٣	٣	٣	٢	١
التخديـــر	٢	٣	١٢	١٣	-
أمراض باطنة عامة	١	٧	٦	٥	٢
أمراض عصبية ونفسية	-	١	٧	٣	-
أمراض صدرية	٢	٣	٢	٢	-
أمراض القلب	-	٤	٥	٢	-

الأمراض المتوطنة	١	-	٣	٢	-
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	٥	٣	١	٢	١
التوليد وأمراض النساء	٤	٥	٣	٦	-
طب العين وجراحتها	١	٤	٤	١	١
طب الأطفال	٥	٣	٢	٤	١
الأشعة التشخيصية	١	٤	٤	١	-
جراحة المخ والأعصاب	-	٢	١	٤	-
الصحة العامة وطب المجتمع	٣	٢	٤	٤	٧
الطب الشرعى	١	-	٢	٥	-
علاج الأورام والطب النووى	-	٢	٢	٣	٢
تحليلات طبية	٤	١	٦	١	١
الإجمـــالى	٥٨	٧٢	١٠٥	٨٥	٦٠

جدول رقم (٧٩) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب المنوفية (٢٠٠٢)

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
التشريح	٢	٤	٣	٥	٨
الهستولوجيا	٢	٣	٦	٥	٨
الفسيولوجيا	١	١	٥	٢	١٠
الكيمياء الحيوية	-	٥	٣	١٠	٧
الفارماكولوجيا	٢	٢	–	٤	٤
الباثولوجيا	١	٤	–	١٠	٩
الميكروبيولوجيا	٢	٤	٤	٣	٣
الطفيليات	٢	١	٤	٢	٩
طب المجتمع	٢	٣	٦	٩	٧
الجراحة	٦	٨	١٢	١٣	–
جراحة المخ والأعصاب	–	١	٢	٨	–
التخدير	٢	٥	٢٠	٢٢	١
جراحة العظام	٣	٣	٥	١٠	–
جراحة المسالك البولية	٥	٦	٦	٤	–
أنف وأذن وحنجرة	٢	٤	٧	٦	–
طب العين وجراحتها	١	٤	٤	٨	١
النساء والتوليد	٧	٨	٥	١٢	–

الأمراض الباطنة	٢	٩	١٠	٦	–
الأمراض المتوطنة	١	٢	٣	٢	–
أمراض القلب والأوعية الدموية	٢	٣	٥	٣	–
الأمراض الصدرية	٣	٤	٣	٢	–
الأمراض النفسية والعصبية	١	١	٧	٤	–
الأمراض الجلدية والتناسلية	٥	٣	٣	٣	١
طب الأطفال	٦	٣	٦	٦	٢
التحاليل الطبية	٥	–	٨	٨	١
الطب الشرعى	١	–	٣	٦	٢
الأشعة التشخيصية	٤	١	٤	٣	٢
علاج الأورام	–	٣	٣	٦	١
الإجمالى	٧٠	٩٥	١٤٧	١٨٢	٧٧

جدول رقم (٨٠) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى الأقسام المختلفة

بكلية طب جامعة قناة السويس (١٩٨٧)

م القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ ـ التشريح	-	-	-	-	٣	٢	-	٥
٢ ـ الفسيولوجيا	-	-	١	١	٤	٢	-	٧
٣ ـ الكيمياء الحيوية	-	٢	١	٣	١	٤	-	٨
٤ ـ الباثولوجيا	-	-	٣	٣	٤	٢	-	٩
٥ ـ الفارماكولوجيا	-	-	٣	٣	٣	-	-	٦
٦ ـ البكتريا والطفيليات	-	٢	٣	٥	٦	٤	-	١٥
٧ ـ الجراحة	٢	٢	١٢	١٦	٢٢	-	١٤	٥٢
٨ ـ النساء والتوليد	١	١	٣	٥	٤	-	-	١٠
٩ ـ طب وجراحة العيون	-	-	١	١	٢	-	١	٤
١٠ ـ الباطنة	٢	٩	٦	١٧	٢٢	-	١٢	٥٢
١١ ـ الأطفال	١	١	١	٣	٦	-	٣	١٢
١٢ ـ طب المجتمع	-	-	٣	٣	٥	٣	-	١١
١٣ ـ الممارسة العامة	-	-	-	-	٤	-	٤	٨
المجموع	٦	١٧	٣٧	٩٠	٨٦	١٨	٣٥	١٩٩

جدول رقم (٨١) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب الإسماعيلية (جامعة قناة السويس)

فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	٢	١	٥	٢	١٨
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	١	١	-	٥	٤
الكيمياء الحيوية	١	٢	-	٤	٤
الباثولوجيا	٢	٣	-	٦	٤
الفارماكولوجيا	٢	١	٢	٦	٤
الطفيليات	٤	٥	٥	٥	٨
الجراحة العامة	٤	-	٦	٨	-
جراحة العظام	٦	٤	٤	٧	-
التخدير	٣	١	٧	٧	٢
أمراض باطنة عامة	١٢	١٢	١٩	٣٣	١٢
التوليد وأمراض النساء	٦	٢	٦	٩	٢
طب العين وجراحتها	٢	٣	٢	٥	-
طب الأطفال	٣	٣	٣	٢	٢
الجراحة الخاصة	٥	٩	٧	١٤	١
الصحة العامة وطب المجتمع	٥	٥	٤	٤	٥
طب الأسرة	١	١	١	٩	٦
الإجمالى	٦٣	٥٦	٧٦	١٢٨	٧٥

جدول رقم (٨٢) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب الإسماعيلية (قناة السويس) ٢٠٠٣

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
الباطنة العامة	٥	٥	٥	١٣	٤
النفسية والعصبية	٤	٢	٥	٥	١
الباطنة الخاصة	٦	٤	٦	٢٣	٥
القلب والأوعية الدموية	١	١	٥	٦	–
الأشعة التشخيصية	١	٤	٥	١٠	١
الباثولوجيا الاكلينيكية	٧	١	٧	٥	٤
الجراحة العامة	٩	١	١٣	٨	١
الجراحة الخاصة	٤	٨	١١	١٧	–
أنف وأذن وحنجرة	٢	٤	٣	٨	–
جراحة العظام	٨	٣	٤	٨	٢
التخدير	٦	٢	١١	٨	١
النساء والتوليد	٦	٤	٥	١٤	١
طب الأطفال	٦	٤	٥	٨	١
طب وجراحة العيون	٢	٤	٤	٣	٢
طب الأسرة	١	٣	٣	٢٠	٤
طب المجتمع	٧	٥	٦	٧	٤
التشريح	١	٢	٤	٩	٦

الهستولوجيا	١	١	٢	٨	٧
الكيمياء الحيوية	١	٣	٢	٩	٣
ميكربيولوجيا وطفيليات	٨	٤	٨	١٠	٧
الباثولوجيا	٣	٣	٦	٩	٣
الفارماكولوجيا	٢	٣	٢	٩	٤
تعليم طبى	–	–	–	–	٢
الإجمالى	٩٤	٧٢	١١٩	٢٢٤	٨٨

جدول رقم (٨٣) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب سوهاج (جنوب الوادى) فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	-	-	-	٥	٢
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	-	-	١	٧	٢
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	٣	-	-	-	٣
الكيمياء الحيوية	-	-	-	٤	٢
الباثولوجيا	-	-	-	٢	٢
الباثولوجيا الإكلينيكية	١	-	١	٣	١
الفارماكولوجيا	-	-	-	٢	٢
البكتريولوجيا	-	-	١	-	٢
الطفيليات	-	-	-	٣	٢
الجراحة العامة	٢	٤	٤	٨	-
جراحة العظام	-	-	٢	٤	-
التخدير	-	١	٢	٤	١
أمراض باطنة عامة	٢	٤	-	٧	٢
جراحة التجميل والحروق	-	-	-	٢	-
أمراض باطنة خاصة والطب الطبيعى	-	-	١	-	-
أمراض عصبية ونفسية	-	-	٣	١	١
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	-	-	١	١	-

التوليد وأمراض النساء	-	٢	٥	٦	١
طب العين وجراحتها	-	٢	-	٦	-
طب الأطفال	٢	١	-	٩	-
الأشعة العلاجية	-	١	١	١	-
الأشعة التشخيصية	٢	-	١	٢	١
الصحة العامة وطب المجتمع	-	-	-	١	٤
الطب الشرعى	-	-	-	٢	٢
طب المناطق الحارة	-	-	-	١	١
الإجمالى	١٥	١٦	٢٦	٩٩	٣٣

جدول رقم (٨٤) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب سوهاج (جنوب الوادى) ٢٠٠٣

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
الجراحة العامة	٢	١	٧	٨	—
الباثولوجيا الاكلينيكية	—	—	١	٩	—
الميكروبيولوجيا	—	١	—	٢	٢
الأمراض الصدرية	١	—	٢	٤	—
الفسيولوجيا	١	—	—	١	٤
جراحة الأوعية الدموية	—	—	—	٢	—
الباطنة العامة	٤	—	٢	١٢	—
التخدير والعناية المركزة	١	—	٧	٩	—
جراحة الصدر والقلب	—	١	—	٤	—
المخ والأعصاب	—	—	—	٣	—
طب وجراحة العيون	١	١	٢	٦	—
الروماتيزم والتأهيل	—	١	—	٣	—
جراحة التجميل	—	—	—	٢	—
الهستولوجيا	—	—	١	٥	—
جراحة العظام	—	١	٣	٧	—
أنف وأذن وحنجرة	—	١	٣	٩	—
الجلدية والتناسلية	—	١	—	٤	—
النساء والتوليد	٢	٤	٢	٨	—
طب الأطفال	٢	—	٣	١١	—
التشريح والأجنة	—	—	١	٢	—

الفارماكولوجيا	–	–	–	٤	–
المسالك البولية	١	–	٤	٧	–
الكيمياء الحيوية	–	–	–	٢	٢
الطب الشرعي	–	–	٢	٢	٢
المناطق الحارة والجهاز الهضمى	–	–	١	٢	–
العصبية والنفسية	–	٨	٢	٥	–
الصحة العامة	–	–	١	١	٢
الطفيليات	١	–	٢	–	٢
الباثولوجيا	–	–	–	٢	٤
الأورام	١	١	–	٣	–
الأشعة التشخيصية	١	١	–	٧	–
الإجمالى	٢٥	٢٢	٤٦	١٣٦	١٨

جدول (٨٥) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب بنى سويف (جامعة القاهرة) فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	-	-	-	-	٣
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	-	-	-	-	٣
الكيمياء الحيوية	-	-	-	-	٣
الباثولوجيا	-	-	-	-	٣
الباثولوجيا الإكلينيكية	-	-	٥	-	-
الفارماكولوجيا	-	-	-	-	٤
البكتريولوجيا	-	-	-	٢	٣
الطفيليات	-	-	-	-	٣
الجراحة العامة	-	-	٧	٩	-
جراحة العظام	-	-	١	١	-
جراحة أنف وأذن وحنجرة	-	-	١	١	-
التخديـر	-	-	-	-	-
أمراض صدرية	-	١	-	١	-
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	-	-	١	-	-
التوليد وأمراض النساء	-	-	١	٢	-
طب العين وجراحتها	-	-	٢	--	-

طب الأطفال	-	-	٣	-	-
فسيولوجيا الجهاز العصبى	-	-	-	٥	-
الصحة العامة وطب المجتمع	-	-	-	-	٣
الطب الشرعى	٥	٤	١٢	٧	٣
علاج الأورام والطب النووى	-	-	١	١	١
الإجمـــالى	-	٢	٢٣	١٧	٢٦

جدول رقم (٨٦) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب بنى سويف (القاهرة) ٢٠٠٣

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
التشريح	-	-	١	-	١
الكيمياء الحيوية	-	١	-	٥	-
الهستولوجيا	-	-	-	٢	-
الفسيولوجيا	-	-	-	-	٣
الطفيليات	-	١	-	-	٣
الصحة العامة	١	١	١	٢	١
الباثولوجيا	-	١	٢	١	٢
الميكروبولوجيا	-	-	-	٢	١
الفارماكولوجيا	-	-	١	١	١
العظام	-	-	١	٥	-
الأشعة التشخيصية	-	-	١	٣	١
الأطفال	١	١	٣	٨	-
أنف وأذن وحنجرة	-	-	٢	١	-
الأورام	-	-	٢	٧	-
الباطنة العامة	-	-	-	٩	-
الجراحة العامة	-	١	١١	١٣	-
الحالات الحرجة	-	-	-	١	٢
الجلدية	-	-	١	١	-
الرمد	-	-	١	٤	-
الصدرية	١	-	١	٦	-

جراحة القلب والصدر	–	–	–	١	–
لأمراض العصبية	–	–	١	١	–
المخ والأعصاب	–	–	–	٣	–
فسيولوجيا الجهاز العصبى	–	–	١	–	–
جراحة المسالك البولية	–	–	١	٤	–
النساء والتوليد	–	–	٢	٦	–
الباثولوجيا الإكلينيكية	–	–	٤	٥	١
التخدير	-	١	١	٧	–
الأمراض النفسية	–	–	–	٢	–
القلب والأوعية الدموية	–	–	٢	–	–
الأمراض المتوطنة	–	–	٢	٣	–
أمراض الذكورة والتناس	–	–	–	١	–
روماتيزم وتأهيل	–	–	–	١	–
الإجمالى	٣	٧	٤٢	١٠٢	١٦

جدول رقم (٨٧) أعداد أعضاء هيئة التدريس بكلية طب الفيوم (جامعة القاهرة) فى العام الجامعى ٢٠٠٠

القســم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	-	-	-	-	١
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	-	-	-	١	١
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	-	-	-	-	٣
الكيمياء الحيوية	-	-	-	-	٣
الباثولوجيا	-	-	-	-	٣
الباثولوجيا الإكلينيكية	-	-	٥	-	-
الفارماكولوجيا	-	-	-	-	٤
البكتريولوجيا	-	-	-	٢	٣
الطفيليات	-	-	-	-	٣
الجراحة العامة	-	-	٧	٩	-
جراحة المسالك البولية	-	-	١	-	-
جراحة العظام	-	-	١	١	-
جراحة أنف وأذن وحنجرة	-	-	١	١	-
أمراض عصبية ونفسية	-	-	-	١	-
أمراض صدرية	-	١	-	١	-

أمراض القلب	-	-	١	-	-
التوليد وأمراض النساء	-	-	-	١	-
طب العين وجراحتها	-	-	١	-	-
طب الأطفال	-	-	-	١	-
جراحة المخ والأعصاب	١٥	١١	١٥	١٧	-
فسيولوجيا الجهاز العصبى	-	-	-	٥	-
الصحة العامة وطب المجتمع	١٢	٥	٦	٢	١٠
الإجمـــالى	٣	١	٩	١٤	٨

جدول رقم (٨٨) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب الفيوم (جامعة القاهرة) ٢٠٠٢

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
الطفيليات	١	–	–	–	١
الميكروبيولوجيا والمناعة	١	–	–	١	–
الهستولوجيا	–	–	–	١	١
التشريح	–	–	–	–	١
الفارماكولوجى	–	–	–	١	–
الباثولوجيا الإكلينيكية	١	–	٢	١	–
الأمراض الباطنة	–	١	–	١	٣
الجراحة	–	–	٢	١	٢
أمراض القلب والأوعية الدموية	–	–	١	–	–
أنف وأذن وحنجرة	–	–	١	١	–
طب وجراحة العيون	–	–	١	–	–
طب الأطفال	–	–	–	١	–
أمراض النساء والتوليد	–	–	–	١	–
جراحة العظام	–	–	١	٢	–

التخدير	-	-	١	١	-
أمراض الدم	-	-	-	١	-
الأمراض العصبية	-	-	-	١	-
الإجمالى	٣	١	٩	١٤	٨

جدول رقم (٨٩) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى الأقسام المختلفة لكلية طب الأزهر بنين (١٩٨٧)

	أستاذ متفرغ	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ - التشريح	-	٣	٩	٤	١٦	٧	٨	-	٣١
٢ - الهستولوجيا	-	٥	٢	٦	١٢	٨	٣	-	٢٣
٣ - الفسيولوجيا	١	٥	٥	١	١٣	٢	٧	-	٢٢
٤ - الكيمياء الحيوية	-	٦	١	٦	١٣	٦	٦	-	١٥
٥ - الفارماكولوجيا	-	٣	١	٣	٧	٥	٨	-	٢٠
٦ - البكتريولوجيا	-	٢	٢	٦	١٠	٥	٤	-	١٩
٧ - الطفيليات	-	٢	-	٧	٩	٢	٢	-	١٣
٨ - طب وجراحة العين	٢	٢	٥	٨	١٧	١٤	٤	٦	٤١
٩ - الطب الشرعى	-	١	-	٧	٨	-	٥	-	١٣
١٠ - الجراحة العامة	-	٨	٦	٨	٢٢	٣٠	-	٣٢	٨٤
١١ - الباطنة العامة	-	٨	٦	٨	٢٢	٣٠	١١	٣٢	٩٥
١٢ - العظام	-	٣	٣	٢	٨	٧	-	٧	١١
١٣ - الأنف والأذن والحنجرة	-	٤	٢	٦	١٢	٩	-	٦	٢٧
١٤ - الجلدية والتناسلية	-	٤	٥	٣	١٢	٧	-	٦	٢٥
١٥ - الأشعة	١	١	١	١	٤	١٣	٣	٨	٢٨
١٦ - الباثولوجيا الإكلينيكية	١	٦	٥	٢	١٤	١١	-	١٠	٣٥
١٧ - المسالك البولية	-	٤	٤	٤	١٢	٩	-	٧	٢٨
١٨ - العصبية والنفسية	-	١	٢	٦	٩	١١	-	٧	٢٧
١٩ - الصدرية	-	١	١	٤	٦	٨	١	٨	٢٣

٢٠ ـ الأمراض المتوطنة	ـ	١	١	٤	٦	١٣	١	٦	٢٦
٢١ ـ التخدير	ـ	٧	٣	٥	١٥	٢٨	ـ	١٣	٥٦
٢٢ ـ العلاج الطبيعى	١	١	١	٤	٧	٢	ـ	٦	١٥
٢٣ ـ النساء والتوليد	ـ	١٠	٥	١١	٢٦	١٠	١	ـ	٢٧
٢٤ ـ الأطفال	ـ	٧	٧	٦	٢٠	١١	ـ	٢٩	٦٠
٢٥ ـ القلب	١	٢	ـ	٧	١٠	١٥	٣	٩	٣٧
٢٦ ـ الصحة العامة	ـ	٢	٥	٦	١٣	٥	٥	ـ	٢٣
٢٧ ـ الباثولوجيا	١	٢	١	٦	١٠	٥	٧	ـ	٣٢
المجموع	٨	٩٩	٨١	١٣٥	٣٢٣	٢٥١	٦٨	١٨٢	٨٣٤

جدول رقم (٩٠) أعضاء هيئة التدريس بكلية طب الأزهر بنين ٢٠٠٣

القســم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
جراحة العظام	١٢	٨	١٠	١٠	٤
الأنف والأذن والحنجرة	١٨	١٠	١٣	١٣	١
الطب النفسى	٨	٥	–	٦	١
القلب والأوعية الدموية	٢٢	١٢	١٧	١٩	١
الجلدية والتناسلية	١٥	٨	٣	٨	٣
جراحة المخ والأعصاب	٨	١	٣	٦	–
الطب الشرعى	٥	١	٦	٥	٢
أمراض الأطفال	٢٩	١٨	١٢	٧	٢
الجراحة العامة	٤٤	٣٨	٣٣	٤٢	١١
التخدير والعناية المركزة العامة	٣٢	٣٤	٢٩	٢٤	٦
الأمراض المتوطنة وطب المناطق الحارة	١٧	٩	١٢	١١	٤
جراحة المسالك البولية	١٦	١٢	٧	١١	١
الباثولوجيا الإكلينيكية	١٥	١٧	٧	١٥	١
الميكروبيولوجى (البكتوبولوجيا)	١٠	٤	٥	٥	٣
الطب الطبيعى والروماتيزم والتأهيل الطبى	١٦	١٠	٨	٤	٤
الأشعة العلاجية	٢	٢	١	٦	٢
الأمراض العصبية	١٠	٦	٤	٩	١
الدراسات الإسلامية	–	٢	٢	–	–

الفسيولوجيا	١٣	٣	٤	٦	٦
الكيمياء الحيوية	١٦	٣	٢	٤	٣
الفارماكولوجى (الأقربازين)	٩	٤	-	١	٦
التشريح	١٣	٥	٦	٤	٥
الهستولوجيا	٧	٦	٦	٤	٤
الباثولوجيا العامة	١٢	٣	-	٥	٢
طب وجراحة العيون	٢٥	٤	١٥	١١	٧
التوليد وأمراض النساء	٣٥	١٤	٢٠	١١	٥
الطفيليات	٥	٢	٢	٤	٢
الصحة العامة وطب المجتمع	١١	٦	٤	٤	٣
الباطنة العامة	٢٤	١٣	٢٠	١٧	٤
الأمراض الصدرية	١٢	١٥	٤	٦	١
الأشعة التشخيصية	١٨	١٧	١٠	١٩	-
الإجمالى	٤٦٤	٢٩٢	٢٦٥	٢٩٣	٩٤

جدول رقم (٩١) أعداد أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى الأقسام المختلفة بكلية طب بنات الأزهر (١٩٨٧)

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ - الهستولوجيا	١	٢	٦	٩	٧	٩	-
٢ - التشريح	٢	٢	٥	٩	٦	٦	-
٣ - الفسيولوجيا	٣	٣	٧	١٣	٩	-	-
٤ - الكيمياء الحيوية	٥	٢	٢	٩	٥	٩	-
٥ - الباثولوجيا	٢	٣	٤	٩	٦	٤	-
٦ - الفارماكولوجيا	٣	٣	٤	١٠	٣	١	-
٧ - البكتريولوجيا	٤	٤	٦	١٤	٦	٦	-
٨ - الطفيليات	١	٢	٣	٦	٥	١٠	-
٩ - الصحة العامة	٢	١	٦	٩	٤	٤	-
١٠ - الطب الشرعى	-	٢	٤	٦	٨	١	-
١١ - الجراحة العامة	٤	٧	٧	١٨	١٧	-	٨
١٢ - العظام	٤	-	١	٥	٤	-	٤
١٣ - المسالك	١	٢	١	٤	٧	-	٢
١٤ - التخدير	٣	٤	١٠	١٧	١٢	٤	١١
١٥ - الرمد	١	٣	٦	١٠	٦	-	٢

١٦ ـ الأنف والأذن	١	١	٣	٥	٧	٣	٢
١٧ ـ الأشعة	١	٣	١	٥	٥	٢	٤
١٨ ـ النساء	٥	٤	١١	٢٠	١٢	ـ	٨
١٩ ـ الباطنة العامة	٢	٤	٣	٩	١٥	١	١٠
٢٠ ـ الباطنة الخاصة	١	٣	٤	٨	١٤	٥	٩
٢١ ـ الجلدية والتناسلية	ـ	٢	٢	٤	٦	ـ	٢
٢٢ ـ الباثولوجيا الإكلينيكية	٣	٤	٣	١٠	١١	٣	٣
٢٣ ـ الأطفال	٢	٣	٣	٨	٦	١	٥
المجموع	٥١	٦٤	١٠٢	٢١٧	١٨١	٦٩	٧٠

جدول رقم (٩٢) جملة أعضاء هيئة التدريس بكلية طب البنات (جامعة الأزهر) فى العام الجامعى ٢٠٠٣

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	١٦	٦	١	٧	٤
علم وظائف الأعضاء	١٦	٥	٢	٤	٦
علم الأنسجة	٨	٥	٤	٢	٦
الكيمياء الحيوية	٨	٧	٥	٧	–
علم الأمراض	١٠	١	٣	٧	٢
علم الأدوية	٧	٣	١	٢	٢
الأحياء الدقيقة	١٤	٨	٢	٥	٤
الطفيليات	٩	٥	٣	٢	٥
التحاليل الطبية	١٣	١٠	١٢	١٤	٢
طب المجتمع	١٧	٣	٦	٥	١
التخدير	١٨	١١	٧	١٨	١
التوليد وأمراض النساء	٢١	٧	١٠	٢٣	–
الطب الشرعى	١٤	٢	٢	٣	١
الجراحة العامة	١٥	١٦	٦	١٢	٣
جراحة المسالك البولية	٣	٦	–	٥	–
الباطنة العامة	١٤	٨	١٥	١٦	٢
أمراض القلب والأوعية الدموية	٤	٢	٢	١٠	٢
الأمراض الصدرية	٣	٣	٢	٣	–
طب المناطق الحارة	٣	٦	٢	٣	١
الغدد الصماء والأيض	٢	١	٢	٣	–
الطب النفسى	١	١	٢	٥	--

الأمراض العصبية	١	١	٢	٣	١
طب الأطفال	١٢	٦	٤	٨	–
الأمراض الجلدية والتناسلية	٦	٥	٥	٧	–
جراحة الأنف والأذن والحنجرة	٨	٥	٥	١١	٢
جراة العظام	٥	٢	٤	٣	٢
الأشعة	٥	٦	٣	٧	–
جراحة العيون	١٢	٣	٢	٧	١
الطب الطبيعى	٢	١	٤	٤	–
جراحة المخ والأعصاب	١	١	٢	٢	٢

جدول رقم (٩٣) أعضاء هيئات التدريس ومعاونوهم فى الأقسام المختلفة بكلية طب الأزهر بأسيوط (١٩٨٧)

القسم	المدرسون المساعدون	المعيدون	المجموع
١ ـ التشريح	-	١	١
٢ ـ الهستولوجيا	-	١	١
٣ ـ الفسيولوجيا	-	٣	٣
٤ ـ الباثولوجيا	-	٤	٤
٥ ـ الميكروبولوجيا	-	٣	٣
٦ ـ الطفيليات	-	٤	٤
٧ ـ الكيمياء الحيوية	-	٣	٣
٨ ـ الفارماكولوجيا	-	٣	٣
٩ ـ الطب الشرعى	-	٣	٣
١٠ ـ الصحة العامة وطب جميع	-	٤	٤
١١ ـ الجراحة العامة	٦	١	٧
١٢ ـ المسالك البولية	٢	-	٢
١٣ ـ الأنف والأذن والحنجرة	٧	١	٨
١٤ ـ العظام	٤	-	٤
١٥ ـ الباطنة العامة	١	-	١
١٦ ـ القلب والأوعية الدموية	٢	-	٢
١٧ ـ الطب الطبيعى	-	١	١
١٨ ـ الأمراض المتوطنة	-	٢	٢

١٩ ـ الأطفال	٤	ـ	٤
٢٠ ـ الرمد	٥	ـ	٥
٢١ ـ النساء والتوليد	٧	ـ	٧
٢٢ ـ التخدير	٣	١	٤
٢٣ ـ الباثولوجيا	٢	١	٣
المجموع	٤٣	٣٦	٧٩

جدول رقم (٩٤) أعضاء هيئات التدريس والمعيدون فى أقسام معهد السرطان* عام (١٩٧٠)

القسم	أستاذ ذو كرسى	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
١ - جراحة السرطان	٢	-	٣	٤	١
٢ - سرطان الدم	-	-	-	٢	-
٣ - باثولوجيا السرطان	-	-	-	٢	٢
٤ - تخدير السرطان	-	-	١	-	١
٥ - باثولوجيا حيوية	-	-	-	٢	١
٦ - الكيمياء	-	-	-	١	-
٧ - فيزياء إشعاعية	-	-	-	٢	-
٨ - أشعة	-	-	-	١	٢
٩ - إحصاء طبى	-	-	٤	-	١
المجموع	٢	-	٨	١٤	٢٧

* هكذا كان اسمه في عام (١٩٧٠) وقد تغير بعد هذا إلي معهد الأورام.

جدول رقم (٩٥) أعداد أعضاء هيئات التدريس فى معهد الأورام القومى، جامعة القاهرة (١٩٨٧)

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
جراحة الأورام	٩	٤	٧	١٤	-	١٣	٤٧
طب الأورام	٢	٢	٥	٧	١	٦	٢٣
بيولوجيا الأورام	٣	-	٥	٤	٤	-	١٦
الباثولوجى	٦	٥	٣	١	٨	-	٢٣
التخدير والإنعاش	٣	١	٤	٥	-	٩	٢٢
الباثولوجيا الإكلينيكية	٦	٢	٣	٥	-	٦	٢٢
العلوم الإشعاعية	٥	٣	٩	٨	١	٧	٣٣
المجموع الكلى	٣٤	١٧	٣٦	٢٤	١٤	٤١	١٨٦

جدول رقم (٩٦) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بمعهد الأورام القومى (جامعة القاهرة) ٢٠٠٣

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
جراحة	١٦	٨	٢٨	١٠	–
تخدير	١٠	١١	١٣	١٤	–
أشعة تشخيصية	٥	١	٥	١٥	١
أشعة علاجية	١٣	٤	١٣	١٨	١
طب أورام	١٣	٥	٨	٢١	٢
باثولوجيا إكلينيكية	١٥	٨	١٥	١٦	١
باثولوجيا	١١	٦	٦	١٢	٦
بيولوجيا أورام	٦	١٦	٨	٦	٥
الإحصاء	٢	٢	٢	٣	٢
الإجمالى	٩١	٦١	٩٨	١١٥	١٨

جدول رقم (٩٧) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بمعهد جنوب مصر للأورام (جامعة أسيوط) ٢٠٠٣

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
باثولوجيا إكلينيكية	١	-	-	٧	٤
طب الأورام	١	١	-	٥	-
أشعة علاجية وطب نووى	-	-	-	٧	-
التخدير والإنعاش	-	-	٤	٥	-
جراحة أورام	-	-	-	٦	-
أرام الأطفال	-	-	-	٣	-
أشعة تشخيصية	-	-	-	-	١
الإجمالى	٢	١	٤	٣٣	٥

جدول رقم (٩٨) أعضاء هيئات تدريس معهد الصحة العامة جامعة الإسكندرية (١٩٨٧)

القسم	أستاذ متفرغ	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
الإحصاءات الحيوية	-	١	٢	٢	٥
التغذية	-	٤	٣	٣	١٠
الصحة المهنية	-	٦	٣	٢	١١
الإدارة والرعاية الصحية	٢	٢	٢	-	٨
صحة المناطق الحارة	٣	٢	٧	٦	١٨
الوبائيات	-	-	-	٣	٥
صحة الأسرة	٢	٢	٣	٤	١١
صحة البيئة	١	٦	٣	٢	١٢
أحياء دقيقة	١	١	٣	٣	٨
المجموع الكلى	٩	٢٦	٢٦	٢٧	٨٨

جدول رقم (٩٩) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بالمعهد العالى للصحة العامة (جامعة إسكندرية) ٢٠٠٣

القسم	أستاذ	أ . م	مدرس	م . م	معيد
الإحصاءات الحيوية	٤	٢	–	–	٤
الوبائيات	٧	١	١	١	٣
الأحياء الدقيقة	١٠	٢	٤	١	٢
الصحة المهنية	٧	٣	٣	٤	٢
صحة البيئة	٨	٦	٣	٥	١
صحة المناطق الحارة	١٢	٦	٧	٢	٧
التغذية	٦	-	٣	٢	٤
الأســرة	١٤	٦	١	٤	٥
الإدارة الصحية والعلوم السلوكية	٤	٤	٦	١	٤
الإجمالى	٧٣	٣٠	٢٨	٢٠	٣٢

جدول رقم (١٠٠) أعداد أعضاء هيئة التدريس
بمعهد البحوث الطبية ١٩٨٧

القسم	أستاذ متفرغ	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد	المجموع
الكيمياء الحيوية	–	٤	٤	٣	٢	-	١٤
الفسيولوجيا	–	١	٢	–	–	١	٤
الطبيعة والهندسة الطبية	١	–	١	–	–	–	٢
الطبعية الحيوية	–	–	٣	١	٣	–	٧
الكيمياء الطبية التطبيقية	–	٣	٣	٢	٢	–	١٠
كيمياء وبيولوجيا الخلايا	–	٤	٣	–	–	١	٨
المناعة	–	١	–	–	٢	–	٣
الوراثة	–	–	–	١	–	١	٢
بيولوجيا الإشعاع	–	–	–	١	–	–	١
النظائر	–	–	–	٢	–	١	٣
المجموع	١	١٣	١٦	١٠	٩	٥	٥٤

جدول رقم (١٠١) أعضاء هيئة التدريس بمعهد البحوث الطبية (جامعة الاسكندرية) (٢٠٠٣)

القســـم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد	الإجمالى
الكيمياء الحيوية	٢	٤	٤	٤	١	١٣
الميكروبيولوچى	٣	٢	٢	٢	٣	١٢
طبيعة طبية وإحصاء	٧	٦	٥	٥	٣	٢٦
كيمياء طبية	١	٣	٤	٤	١	١٣
الوراثة	٢	٧	٦	٦	٥	٢٦
الباثولوچى	٦	٣	٦	٦	٢	٢٣
أمراض الدم	٥	٢	٢	٢	٢	١٣
الطفيليات	٦	١	٤	٤	١	١٦
النارماكولوچى	٢	١	٤	٤	٣	١٤
الفسيولوچى	٥	٣	٩	٩	٣	٢٩
أمراض باطنة	٣	٥	٥	٥	٥	٢٣
الجراحة	٤	٣	٢	٢	-	١١
التخدير	٢	٢	٤	٤	١	٢١٤
علوم الإشعاع	٦	٥	٧	٧	٥	٣٠
المناعة	٨	٣	٢	٢	٢	١٧
كيمياء بيولوجيا الخلايا	٣	٢	١	١	١	٨
الباثولوچى	٤	٢	٣	٣	٢	١٤
الإجمالى	٦٩	٥٤	٧٠	٧٠	٤٠	٣٠٢

جدول رقم (١٠٢) أعضاء هيئة التدريس
بالأقسام المختلفة معهد الكبد جامعة المنوفية (٢٠٠٣)

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد	الإجمالى
طب الكبد	٣	٦	٤	١٢	١	٢٦
الجراحة الأكلينيكية	٤	٧		٤	٢	٢٠
الميكروبيولوجي			٢	١	٤	٨
كيمياء حيوية		٢		٨	٣	١٣
علم الأمراض		٣	٢	٢	٣	١٠
أمراض الكبد في الأطفال		١	٨	٣	١	١٣
الصحة البيئية للكبد	١	١		٤	٣	٨
الأشعة التشخيصية		٢	٣	٢	١	٨
الطفيليات	١		٣	٢	٢	٨
التخدير		٥	٣	٥	١	١٤
تحاليل طبية وأمراض الدم والمناعة	٢	٢	٤	٣	٣	١٥
الإجمالى	١١	٢٩	٣٣	٤٦	٢٤	١٤٣

جدول رقم (١٠٣) أعضاء هيئة التدريس
بالأقسام المختلفة المعهد القومي لعلوم الليزر جامعة القاهرة (٢٠٠٣)

القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد	الإجمالى
تفاعل المواد	١	١	٤	٢	٥	١١
أنظمة الليزر	١	١	٤	٣	٦	١٣
أنظمة زراعية	٢	١	١٠	٩	١٣	٣٢
أنظمة صناعية			١	٤	٤	٩
أنظمة طبية		٨	١٨	١٤	٢	٣٤
الإجمالي	٤	١١	٣٧	٣٢	٢٠	٩٩

جدول رقم (٤ - ١٠) أعضاء هيئات التدريس ومعاونيهم

فى كليات الطب المختلفة (١٩٨٧)

	أساتذة متفرغون وغير متفرغين	أساتذة	أساتذة مساعدون	مدرسون	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ ـ طب القاهرة	١٠٤	٣٢٣	٢٢٠	٣١٩	٩٦٦	٣٤١	٩٥	٢٥٦	١٦٥٨
٢ ـ طب الإسكندرية	٥٩	١٩٧	١١٥	٢٢٠	٥٩١	٢٦٦	١٣٩	١٥٩	١١٥٥
٣ ـ طب عين شمس	٢٣	٢٤٨	١١٩	٢٢٣	٦١٣	٣١٧	٦٩	٢٧٣	١٢٧٢
٤ ـ طب أسيوط	٣	٧٣	٦١	٨٠	٢١٧	١٥٤	٦٤	١٨٥	٦٢٠
٥ ـ طب طنطا	٤	٦٧	٦٧	٧٩	٢١٧	١٥٢	٦٠	١٢٥	٥٥٤
٦ ـ طب المنصورة	٨	٩٠	٦٧	١١٠	٢٦٧	١١٧	١٩	١٤٢	٥٤٥
٧ ـ الأزهر بنين	٥	٩٩	٨١	١٣٥	٣٢٣	٢٥١	٦٨	١٨٢	٨٣٤
٨ ـ طب الزقاريق	٣	٣٨	٥٢	١٦٨	٢٦٣	٣٣٣	٨٤	٢٢٧	٩٠٧
٩ ـ بنات الأزهر	—	٥١	٦٤	١٠٢	٢١٧	١٨١	٦٩	٧٠	٥٣٧
١٠ ـ طب بنها	—	١٦	٣٢	٥١	١١	٢١٩	١١٤	١١٨	٥٥٢
١١ ـ طب قناة السويس	—	٦	١٧	٢٧	٦٠	٨٦	١٨	٣٥	١٩٩
١٢ ـ طب المنوفية	—	٥	٧	٢٠	٣٢	٢٨	٢٥	—	٨٥
١٣ ـ طب المنيا	—	٥	٣	١٧	٢٥	٩٩	٣٥	—	١٥٩
١٤ ـ طب الأزهر بأسيوط	—	—	—	—	—	٤٣	٣٦	—	٧٩

المصدر : المجلس الأعلى للجامعات : مركز بحوث تطوير التعليم الجامعى

جدول رقم (١٠٥) جملة أعضاء هيئة التدريس بكليات الطب في العام الجامعي ٢٠٠٠

القســم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد
التشريح	٨٨	٤١	٨٥	٤٢	٩٣
الهستولوجيا (الأنسجة والخلايا)	٥٦	٥١	٦٧	٦٨	٥٨
الفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء)	٨٢	٣١	٤٢	٥٨	٦٤
الكيمياء الحيوية	٨١	٣٦	٦١	٥٣	٦٤
الباثولوجيا	١١٠	٦٠	٥٠	٤٢	٧٧
الباثولوجيا الإكلينيكية	١٢٨	٨٢	١٣٤	١٣٥	١٩
الفارماكولوجيا	٧٨	٤١	٤٢	٣٧	٦٦
البكتريولوجيا	١١٠	٤١	٥٨	٥٦	٥٦
الطفيليات	٩٩	٤٧	٤٩	٤٠	٥٢
الجراحة العامة	٢٧٢	١٦٠	١٥٧	١٨٢	١٢
جراحة القلب والصدر	٣٥	٣٢	٤٠	٤٥	١
جراحة المسالك البولية	٨٧	٤٩	٥٦	٦٢	٧
جراحة العظام	١٠٥	٦٤	٨٧	١١٢	٨
جراحة أنف وأذن وحنجرة	١٢٨	٧٧	٨٥	٨٧	٩
التخديــر	١٨٧	١٣١	١٨٧	٢٦١	١٨
أمراض باطنة عامة	٢٦٥	١٦٤	٢١٤	٢٥٧	٤٦
جراحة التجميل والحروق	٧	٨	٦	١٢	١
أمراض باطنة خاصة والطب الطبيعي	١٤	٢٢	١٥	٣٦	٢
أمراض عصبية ونفسية	٧٠	٥٩	٦٦	١١٤	١٠
أمراض صدرية	٤٩	٢٨	٣٥	٥٨	٥
أمراض القلب	٤٦	٤٣	٤٣	٧٩	٤
أمراض الكبد	٢	٧	٥	٥	-

الأمراض المتوطنة	٣٠	٢١	٢٥	٢٧	٢
الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم	٨٣	٣٤	٦٨	٥٣	٥
التوليد وأمراض النساء	١٩٥	١٢٧	١٣٩	١٥٨	١٧
طب العين وجراحتها	١٢٧	١٠٩	١٢١	١٠٥	١٤
طب الأطفال	٢١١	١٢٧	١٣٥	١٤٢	١٥
الأشعة	٢٧	٢٤	٢٨	٥٣	٣
الأشعة العلاجية	٤	٩	١١	١٦	-
الأشعة التشخيصية	٤٩	٤٤	٧٦	٧٩	٩
الجراحة الخاصة	٥	٩	٧	١٤	١
جراحة الأوعية الدموية	٢	١	-	٢	-
جراحة المخ والأعصاب	٤٠	٢٩	٤٣	٥١	٣
فسيولوجيا الجهاز العصبى	-	-	-	٥	-
الصحة العامة وطب المجتمع	٨١	٥٣	٤٩	٥٦	٦٣
الطب الشرعى	٤٢	٢٩	٦٢	٦٦	٣٥
طب الأسرة	١	١	١	٩	٦
طب المناطق الحارة	١٦	٧	١٧	٢٦	٤
الروماتيزم والتأهيل	٢٥	١٨	٣٤	٤٥	٢
طب وجراحة الذكورة والتناسل	١٣	٨	٦	٦	-
علاج الأورام والطب النووى	٣٥	٢٨	٤٤	١٥	٩
تحليلات طبية	٤	١	٦	١	١
طب الصناعات	٩	٤	٦	٣	-
طب الحالات الحرجة	١	٤	١٦	٣٢	١٥
طب وصحة المسنين	٣	-	-	٥	-
الإجمـــالى	٣١٠٢	١٩٦١	٢٤٧٨	٢٨٦١	٨٧٦

جدول رقم (١٠٦) أعضاء هيئة التدريس فى كليات الطب

بالجامعات المصرية (٢٠٠٣)

	أستاذ	أستاذ م	مدرس	مدرس م	معيد	اجمالى
القاهرة	٨٨٢	٥٠١	٦٣٧	٥٩٥	١٥٨	٢٧٧٣
الاسكندرية	٥٠٧	٢٩٠	١٨٩	٢٦٢	٥٥	١٣٠٣
عين شمس	٧٤٨	٥٠٥	٦٠٠	٦٥٧	١٢٩	٢٦٣٩
أسيوط	٢٢٧	١٣٥	١٦٥	٢٧٥	٩٩	٩٠١
طنطا	٢٢٠	١٧٠	٢٣٤	٢٨٢	٦٨	٩٧٤
المنصورة	٣٠٤	١٦٦	٢٥٥	٤٠٠	١٣٠	١٢٥٥
الزقازيق	٣٨٥	٣٤٢	٣٧٩	٤٤٧	١٠٤	١٦٥٧
الزقازيق (بنها)	٢١٧	١٧٥	٢٠٤	١٣٥	٣٠	٧٦١
المنيا	٧٩	٨٢	١٢٦	٢٠٣	٣٣	٥٢٣
المنوفية	٧٠	٩٥	١٤٧	١٨٢	٧٧	٥٧١
قناة السويس	٩٤	٧٢	١١٩	٢٢٤	٦٧	٥٧٦
القاهرة (بنى سويف)	٣	٧	٤٢	١٠٥	١٦	١٧٣
القاهرة (الفيوم)	٣	١	٩	١٤	٨	٣٥
جنوب الوادى (سوهاج)	١٨	١٥	٤٦	١٤٦	١٨	٢٤٣
الإجمالى	٣٧٥٧	٢٥٥٦	٣١٥٢	٣٩٢٧	٩٩٢	١٤٣٨٤

المصدر : المجلس الأعلى للجامعات : مركز بحوث تطوير التعليم الجامعى

جدول رقم (١٠٧) أعضاء هيئة التدريس فى كليات طب الأسنان
بالجامعات المصرية (٢٠٠٣)

	أستاذ	أستاذ م	مدرس	مدرس م	معيد	اجمالى
القاهرة	١٣٥	٨٧	٧٦	٧٧	٢٨	٤٠٣
الاسكندرية	١٢٠	٤٩	٤٠	١٧	١٨	٢٤٤
عين شمس	١٥	١٢	٢١	٢٧	١٤	٨٩
طنطا	٣٩	٢٧	٥٠	٢٦	١٨	١٦٠
المنصورة	١٩	١٦	٤٣	٢٩	٦٠	١٦٧
المنيا	—	١	١٤	١٦	٨	٣٩
قناة السويس	٥	٤	٨	٣٤	٣١	٨٢
الإجمالى	٣٣٣	١٩٦	٢٥٢	٢٢٦	١٧٧	١١٨٤

المصدر : المجلس الأعلى للجامعات : مركز بحوث تطوير التعليم الجامعى

جدول رقم (١٠٨) أعضاء هيئة التدريس فى كليات الصيدلة

بالجامعات المصرية (٢٠٠٣)

	أستاذ	أستاذ م	مدرس	مدرس م	معيد	اجمالى
القاهرة	٨٩	٥٨	٧٢	٨٤	١٢٨	٤٣١
الاسكندرية	٥٨	٣٤	٢٣	٢٥	٥٤	١٩٤
عين شمس	٥	٧	٨	١٨	٥٧	٩٥
أسيوط	٤٠	٢٣	١٦	١١	٣٩	١٢٩
طنطا	١٣	١٤	١٠	١٤	٢٦	٧٧
المنصورة	٤٠	٢٧	٢٤	٢٦	٦٠	١٧٧
الزقازيق	٢٨	٢٨	٢٤	١٢	٣٧	١٢٩
حلوان	٧	٦	١٢	١٨	٤٨	٩١
المنيا	٢	٢	٥	١٤	٢٨	٥١
قناة السويس	٤	٧	٧	٧	٢٩	٥٤
بنى سويف	—	—	—	٩	٥٦	٦٥
الإجمالى	٢٨٦	٢٠٦	٢٠١	٢٣٨	٥٦٢	١٤٩٣

المصدر : المجلس الأعلى للجامعات : مركز بحوث تطوير التعليم الجامعى

جدول رقم (١٠٩) أعضاء هيئة التدريس فى كليات التمريض

بالجامعات المصرية (٢٠٠٣)

	أستاذ	أستاذ م	مدرس	مدرس م	معيد	اجمالى
القاهرة	٢٤	١٥	٢٢	٤٦	٥٣	١٦٠
الاسكندرية	٣٣	١٩	٣٣	٤٩	٤٨	١٨٢
عين شمس	٦	١٧	٥٠	٥٠	٣٦	١٥٩
أسيوط	—	—	—	٣٢	٣٣	٦٥
طنطا	٢	٥	١٢	٤٣	٢٨	٩٠
المنصورة	—	٢	٧	٣٤	٥٦	٩٩
الزقازيق	٢	—	٢٠	١٣	٢٠	٥٥
الزقازيق (بنها)	—	—	٥	١٥	٢٨	٤٨
المنيا	—	—	٣	١٩	١٧	٣٩
المنوفية	١	٣	٢٥	٣٤	٥١	١١٤
قناة السويس	—	—	٧	٢٤	٣٠	٦١
الإجمالى	٦٨	٦١	١٨٤	٣٥٩	٤٠٠	١٠٧٢

المصدر : المجلس الأعلى للجامعات : مركز بحوث تطوير التعليم الجامعى

جدول رقم (١١٠) أعضاء هيئة التدريس ومعاونيهم

فيالمعاهد الطبية العليا المتخصصة (٢٠٠٣)

	أستاذ	أستاذ م	مدرس	مدرس م	معيد	اجمالى
معهد البحوث الطبية	٦٩	٥٢	٧٤	٣٢	٣٤	٢٦١
معهد الأورام القومى	٩٠	٥٥	٨٦	١٠٦	٢٢	٣٥٩
المعهد العالى للصحة العامة	٧١	٣١	٣١	١٦	٣٢	١٨١
معهد الكبد بالمنوفية	١٠	٢١	٣٧	٤٤	١٧	١٢٩
المعهد القومى لعلوم الليزر	٤	٩	١٦	٣٥	١٨	٨٢
معهد جنوب مصر للأورام	١	—	٢	٢٨	٨	٣٩
معهد بحوث الهندسة الوراثية	٤	٢	٣٤	٣٢	٢١	٩٣
معهد الدراسات العليا للطفولة	١٠	١٥	٦	٣	—	٣٤
الإجمالى	٢٥٩	١٨٥	٢٨٦	٢٩٦	١٥٢	١١٧٨

المصدر : المجلس الأعلى للجامعات : مركز بحوث تطوير التعليم الجامعى

مقارنة مع الماضى

من حسن حظى أنى أقتنى كتابين أصبحا تاريخيين هما: دليل الأفراد العلميين فى ١٩٥٧ و ١٩٦٢.

ومن خلال هذين الكتابين أقدم للقارئ بيانات تفصيلية عن أعداد هيئات التدريس فى التخصصات المختلفة (وليس الأقسام العلمية فحسب) فى كلية طب القاهرة فى هذين العامين لتدلنا على مدى التطور الذى حدث مع الزمن.

جدول رقم (١١١) أعضاء هيئة التدريس

بكلية طب القاهرة ١٩٥٧

القســـم	أستاذ	أستاذ م	مدرس	معيد	المجموع
الأشعة والكهرباء الطبية	١	٨	٤	١	١٤
أمراض الأطفال	٢	٧	٨	٥	٢٢
الأمراض الباطنة	٥	١١	١٩	٤	٣٩
الأمراض الباطنة الخاصة :					
(أ) الجلدية والتناسلية	٢	٤	١	١	٨
(ب) الصدرية	١	٢	١	—	٤
(جـ) العصبية	١	١	١	١	٤
(د) النفسية	—	١	—	١	٢
البثالوجيا :					
● بثالوجيا	١	١	٥	٥	١٢
● بثالوجيا إكلينيكية	١	٥	٥	٤	١٥
● البكتريولوجيا	١	٣	—	٤	٨
● طب تجريبى	—	—	—	٤	٤
التشريح	١	—	١	٧	٩
التوليد وأمراض النساء	٢	٣	٩	١	١٥
الجراحة :					
(أ) الجراحة	٥	٩	١٣	٣	٣٠
(ب) التخدير	١	٣	٥	٧	١٦

الجراحة الخاصة					
(أ) الأنف والأذن	١	٦	١	١	٩
(ب) جراحة الجهاز العصبى	—	١	—	١	٢
(جـ) جراحة الصدر والقلب	—	١	١	١	٣
(د) جراحة العظام	—	١	٢	—	٣
(هـ) جراحة المسالك البولية	١	٤	—	—	٥
الرمـــد	٢	٥	٤	٢	١٣
الصحة العامة والطب الوقائى وطب الصناعات	١	—	١	٣	٥
الأمراض المتوطنة وطب المناطق الحارة:					
● أمراض متوطنة	١	—	—	١	٢
● طفيليات	١	—	—	٣	٤
الطب الشرعى	١	٢	١	٣	٧
الأقربازين :					
● الأقربازين	١	—	—	٦	٨
● الفسيولوجيا	١	١	٢	٩	١٣
● الكيمياء الحيوية	١	٢	٣	٦	١٢
● الهستولوجيا	١	—	٢	٦	٩

المصدر: دليل الأفراد العلميين، المجلس الأعلى للعلوم، يوليو ١٩٦٧.

جدول رقم (١١٢) أعضاء هيئة التدريس
بكلية طب القاهرة ١٩٦٢

القسم	أستاذ	أستاذ م	مدرس	معيد	المجموع
الأشعة والكهرباء	١	٧	٣	—	١١
أمراض الأطفال	٢	٧	٨	٢	١٩
الأمراض الباطنة	٧	١٥	١٤	—	٣٦
الأمراض الباطنة الخاصة					
(أ) الجلدية والتناسلية	١	٤	١	—	٦
(ب) الصدرية	١	٣	١	—	٥
(جـ) العصبية	١	٢	١	—	٤
(د) النفسية	١	—	—	—	١
الأمراض المتوطنة وطب المناطق الحارة					
(أ) الأمراض المتوطنة	١	١	٢	١	٥
(ب) الطفيليات	١	١	—	٢	٤
البثالوجيا					
● بثالوجيا	١	٣	٣	٤	١١
● بثالوجيا إكلينيكية	٢	٥	٤	١	١٢
● البكتريولوجيا	١	٢	٢	٣	٧
● طب تجريبى	—	—	—	—	١
التشريح	١	—	٣	١	٥
التوليد وأمراض النساء	٢	٧	٦	١	١٦

الجراحة					
(أ) الجراحة	٦	١٠	١٦	١	٣٣
(ب) التخدير	١	٤	٧	٣	١٥
(جـ) معهد السرطان	١	—	١	١	٣
الجراحة الخاصة					
(أ) الأنف والأذن	١	٤	٣	—	٨
(ب) جراحة الجهاز العصبى	—	١	١	—	٢
(جـ) جراحة الصدر والقلب	—	١	٢	—	٣
(د) جراحة العظام	١	٢	١	١	٥
(هـ) جراحة المسالك	١	٢	٢	—	٥
الرمـــد	٢	٧	٧	—	١٦
الصحة العامة والطب الوقائى وطب الصناعات	١	٣	—	—	٤
الطب الشرعى	١	٣	١	—	٥
الفسيولوجيا					
● الأقرابازين	١	—	٢	١	٤
● الفسيولوجيا	١	٣	٣	٤	١١
● الكيمياء الحيوية	١	٢	٣	—	٦
● الهستولوجيا	١	١	٣	—	٥

المصدر: دليل الأفراد العلميين، المجلس الأعلى للعلوم، ١٩٦٢.

الباب العاشر

هل يمكن إحداث تغيير جذرى
فى مؤسسات الطب والتعليم الطبى ؟

الفصل الثلاثون

رؤية قابلة للتنفيذ للإرتفاع بمستوى الطب والتعليم الطبى

ثمة مشكلات مهمة يعانى منها النظام الطبى والعلاجى فى مصر، لكن الرؤية الذكية تستطيع أن تقول إن العلاج الجذرى لبعض هذه المشكلات يحل البعض الآخر، وإن علاج البعض الآخر يشفى البعض الأول، كأنما الأمر يرتبط بعلاج هذا بذاك، وعلاج ذلك بهذا.

ومن الإنصاف للوطن أن نواجه المشكلات الكبرى من دون أن نضيع الوقت فى وصفها وتاريخها، ومن الإنصاف أيضاً أن نضع تصوراتنا للحلول على هيئة حزمة متكاملة، وأن نترك لأصحاب القرار الحق فى اتخاذ الموقف الذى يرونه مناسبا تجاه كل جزئية من الجزئيات.

ومن الجدير بالذكر أن الخطة التى نعرضها فى هذه الدراسة خطة مرنة قابلة لكل تعديل وتطوير وتبديل، لكنها فى بداية الأمر ونهايته تعتمد على إعادة تنظيم استخدام الموارد من أجل تحقيق أهداف نعجز عن تحقيقها تماما فى ظل النظام القائم الأول.

وتتمثل توجهات الخطة التى ندعو إليها فى ثلاثة محاور:

المحور الأول: ضرورة وجود معاهد قومية وجامعية عليا متخصصة سواء كان مقرها فى عاصمة الوطن أو فى المدن والمجتمعات الجديدة، إذ لا يعقل

أن تبقى مصر حتى وقتنا هذا مفتقدة لهذه المعاهد، ومن الإنصاف أن نشير إلى أن وزارة الصحة نفسها تضم ما يسمى معاهد تعليمية، لكنها بالطبع تفتقد التأهيل اللازم لها والكيانات المعنوية والأدبية والعلمية العالية التى تكفل لها هذا الوضع، كذلك فإن بعض الجامعات الإقليمية تضم نواة لمثل هذه المعاهد لكنها فى ظل إقليميتها وحداثتها وتقزم إمكاناتها تفتقد المؤهلات الكافية للارتفاع إلى هذا المستوى، فإذا كانت مستوفية لهذه المتطلبات العلمية والإدارية والشخصية (على نحو ما هو الحال فى مركز جامعى متميز معروف خارج القاهرة)، فإنها لابد إذاً أن تحمل هذا الاعتراف وهذا التتويج لتنال ما يوازى قيمتها، ولتتحمل مسئوليتها فى الوقت ذاته.

والقضية فى مثل هذه الخطوات ليست مسألة بروتوكولات ولا امتيازات، لكنها فى المقام الأول قضية مسئوليات ومؤسسات.

المحور الثانى: ضرورة وجود قدرات تعليمية وعلاجية وبحثية عالية المستوى لكل المستشفيات الجامعية التى أصبحت تعانى الآن من كثرة التخصصات وترهل الأقسام وزيادة الأعباء التعليمية والعلاجية، وتوزع الاهتمامات على نحو قاس تعجز عن مثله أية مؤسسة جامعية فى أية دولة كبيرة، ونستطيع أن نتصور مستقبل قصر العينى المزدهر على سبيل المثال حين يتخفف من عبء خمسة من أقسام الجراحات الخاصة والمتخصصة التى تتأسس لها معاهد قومية تتوجه إليها جهود الأقسام الخاصة بها فى قصر العينى الحالى، وحين يتخفف من خمسة أخرى من أقسام التخصصات الطبية الدقيقة على نحو ما تخفف من قبل من أقسام طب وجراحة الأطفال التى يتولاها مستشفى أبو الريش الجديد والقديم

وتوابعه، وعلى نحو ما تخفف من المعهد القومى للأورام، لو تخفف قصر العينى من هذا كله وتفرغ للعلمين الكبيرين الرئيسيين: الباطنة العامة، والجراحة العامة، لارتفع مستوى أدائه إلى أعلى حد ممكن على مستوى الدول المناظرة، ولأصبح كما كان فى وقت مبكر بمثابة قبلة عالمية ومحكمة تشريع وإفتاء على مستوى عال فى القضايا الكلية والأكاديمية فى الطب والجراحة.

المحور الثالث: ضرورة إعطاء الوظيفة العالية لكل مؤسسة قادرة على أداء مثل هذه الوظيفة، أو بعبارة موجزة القضاء على البطالة المقنعة فى المؤسسات العلاجية، فمما يؤسف له أن نملك مؤسسات علاجية على مستوى متقدم من البناء والمعمار والموقع، وخبرات التشغيل والتاريخ الخدمى، ومع هذا نشغلها بوظائف صغيرة أو متكررة أو أقل من مستوى كفايتها، بينما نحن نحتاج إلى هذه المؤسسات لأداء وظائف كبرى لازالت غائبة عن تصورنا للإنجاز الطبى الممكن تحقيقه من خلال الموارد المتاحة.

وليس من شك فى أن بقاء الوضع على ما هو عليه الآن يمثل إهداراً كبيراً للموارد، ولن تسامحنا الأجيال القادمة، كما أنها لن تقبل منا العذر المتمثل فى سيطرة تاريخ بيروقراطى على الكيانات القائمة حتى أوصلها إلى الحال الغريبة التى هى عليه الآن.

وربما أدخل إلى الموضوع من واقع الإشارة إلى الحاجة الملحة التى نعانيها جميعا فى أن نعرف إلى أى مكان نتوجه حين يحدث لنا حادث (أو مرض) مفاجئ فى نطاق العاصمة.. هل يمكن لنا أن نتصور أن هذا الأمر لا يزال يخضع لاجتهاد، فى حين أنه ينبغى أن يخضع لمعرفة سابقة بالمكان القادر على تقديم أفضل خدمة فى هذه الحالة.

نحن جميعا نعرف أن هناك كلية طب تابعة لجامعة القاهرة، ويتبعها مستشفى المنيل الجامعى، وعلى مستوى العلاج بأجر يتبعها المستشفى الذى اصطلحنا للأسف على تسميته قصر العينى الفرنساوى، ونعرف أن هناك كلية طب تابعة لجامعة عين شمس، ويتبعها مستشفى الدمرداش، ومستشفى عين شمس وهما متجاوران ويكادان يكونان فى الوجدان الشعبى شيئا واحدا، وعلى مستوى العلاج بأجر يتبعها مستشفى عين شمس التخصصى، وهناك كلية طب للأزهر بنين، ويتبعها مستشفى الحسين الجامعى، ومستشفى آخر أصغر حجما هو مستشفى سيد جلال فى باب الشعرية. وهناك كلية طب للأزهر بنات، يتبعها مستشفى الزهراء الجامعى.

وبالإضافة إلى هذه المستشفيات الجامعية الرئيسية، توجد مستشفيات جامعية متخصصة لعل أكبرها وأشهرها مستشفى النساء والتوليد التابع لجامعة عين شمس، ومستشفى أبو الريش للأطفال التابع لجامعة القاهرة.

لكن هذه المستشفيات مع استيلائها على أعظم نسبة من الموارد البشرية العاملة فى مجال الصحة المتخصصة، ومع نشاطها البارز وإسهامها غير المنكور فى الخدمة الطبية، ومع دورها الضخم الذى لا يمكن إنكاره، فإنها فى الواقع لا تؤدى دورا موازيا لإمكاناتها البشرية على وجه التحديد، لكن آليات الحياة بما فيها من تعاقبات تاريخية هيأت لهذه الإمكانات أو الموارد أو القوى البشرية نفسها أن تقوم بهذا الدور من خلال مستشفيات خيرية مؤممة تضمها مؤسسة اقتصادية تحمل اسم «المؤسسة العلاجية لمحافظة القاهرة»، وأبرز مستشفيات هذه المؤسسة هى: مستشفى العجوزة، واسمه الأصلى مستشفى الجمعية الخيرية الإسلامية بالعجوزة، والمستشفى القبطى فى غمرة، وهو أيضا مستشفى خيرى أنشأته جمعية قبطية.

وبالإضافة إلى هذين المستشفيين الكبيرين تضم هذه الهيئة عددا من المستشفيات المتميزة من أبرزها مستشفى هليوبوليس الذى كان قد أنشئ باسم أميرة من أميرات البيت الملكى، ومستشفى دار الشفاء المجاور لضريحى أحمد ماهر والنقراشى.

ويكاد الدور الذى تقوم به المستشفيات التابعة للمؤسسة العلاجية ينحصر فى إطار العلاج الخاص، فكأنه يقوم بدور واحد من ثلاثة أدوار تقوم بها المستشفيات الجامعية، ولا يؤدى الدورين الآخرين المتمثلين فى البحوث الطبية، وفى التعليم الطبى.

ويحكم هذه المستشفيات مبدأ العلاج الطبى العام/الخاص، أى العلاج الطبى الذى تقدمه الدولة بأجر، وهو إن لم يكن النموذج الوحيد للعلاج العام/الخاص فإنه النموذج الأمثل من وجهة نظر الدولة نفسها، حتى إن اللائحة المالية الخاصة بتكلفة العلاج فى المستشفيات العلاجية تعتبر بمثابة المصدر الأول وربما الوحيد للأرقام القياسية الخاصة بالعلاج الطبى والعمليات الصغرى والكبرى وتكلفة السرير... إلخ.

ومع إيمانى بالدور الضخم الذى تقوم به مثل هذه المستشفيات فى توفير نمط مطلوب من العلاج لكثير من طوائف الشعب، إلا أننى أرى أن الحاجة الوطنية تتطلب الإفادة من هذه المؤسسات الطبية العظيمة على نحو أكثر فائدة للوطن الذى يعانى بشدة من الحاجة إلى مؤسسات علاجية علمية بحثية متخصصة، فضلا عن الحاجة إلى تنظيم علمى لفوضى العلاج الطبى.

ومع تزايد السكان وتقدم مستوى الرعاية الصحية المطلوبة لهم على مستوى تخصصى فقد تزايدت الحاجة إلى الإفادة من إمكانات هذه المستشفيات

الكبرى فى أداء الوظائف الطبية والعلاجية والعلمية التى تفتقد الآن إلى آليات ومؤسسات قادرة على القيام بها، وذلك فى ظل الحاجة إلى تعظيم العائد من مواردنا التى هى محدودة فى المقام الأول والأخير إذا ما قورنت بالتحديات التى تواجهنا والتى تزداد ضراوتها مع الأيام.

فنحن ندرك جميعا حجم المعاناة التى يعانيها مجتمعنا من أمراض الكلى، وتكاد وحدات الغسيل الكلوى تمثل صداعا أو أنينا مستمرا فى كل مستشفى صغير أو كبير، ومن الواضح أن هناك قصورا تتفاوت درجته فى إتاحة العلاج الأمثل عن طريق هذا الأسلوب العلاجى الذى هو أسلوب مؤقت للعلاج فى نظر الذين لا يؤمنون إلا بنقل الكلى كعلاج حاسم وأكيد للفشل الكلوى، وتتفاوت الآراء الطبية التى تتحدث عن الحد الأدنى من عدد مرات الغسيل الكلوى فى الأسبوع،وتثور من آن لآخر مشكلة المرشحات الكلوية والمستلزمات التى تتطلبها أجهزة الغسيل، وتمثل النفقات الإدارية الاستثنائية فى الوحدات الصغيرة عبئا كبيرا لا مبرر له، فضلا عن أن الطاقة التكنوقراطية التى تدير هذه الوحدات الصغيرة لا تسمح لنفسها بالإشراف الدقيق فى ظل انشغالها بالبحث عن فرص عمل أخرى تكفل تغطية نفقاتها الطبيعية وطموحاتها، وفضلا عن هذا كله فإن معالجة الفشل الكلوى على هذا النحو أصبحت تمثل سبباً للنزيف المستمر فى الموارد المخصصة للعلاج.

ولعل هذا كله يدفعنا إلى التفكير الجاد فى تخصيص مستشفى علاجى كبير ليكون بمثابة معهد جامعى للكلى على أن يتبع إحدى الجامعتين الكبيريين فى القاهرة مباشرة، وينتقل إليه قسم أمراض الكلى من هذه الجامعة بكامل هيئته العلمية والتمريضية، بل تنتقل إليه وحدات الكلى فى

الأقسام المعملية التى تتولى علاج الكلى (كقسم الباثولوجيا الإكلينية، وكقسم الباثولوجيا وغيرها..) أى باختصار شديد أن ننشئ معهداً قومياً للكلى على غرار معهد الأورام القومى فى جامعة القاهرة. وأعتقد أننا قد تأخرنا كثيرا فى إنشاء مثل هذا المعهد العلمى، وليس أدل على هذا التأخير من أن مركز الكلى والمسالك البولية فى جامعة المنصورة قد حقق ما حققه من إنجازات حتى صار بمثابة المرجع القومى وربما الإقليمى بينما تخلو القاهرة من مثيل له،ومما يؤيد وجهة نظرى هذه أن الدولة قد وجدت نفسها مضطرة إلى وجود مثل هذا المعهد، لكنه بدلا من أن تفكر فيه على هذا النطاق أو المستوى الذى يستحقه، آثرت أن تذر الرماد فى العيون وأن تنشئ قسما كبيرا أو مركزا شبه متميز فى مستشفى المطرية التعليمى فحسب.

وليس هناك مانع على الإطلاق من أن نؤهل ونقوى مركز الكلى والمسالك البولية فى المنصورة ليكون بمثابة المعهد القومى، كما أنه ليس هناك مانع من أن يكون هناك أكثر من معهد قومى فى مثل هذا التخصص بالذات، كما أنه من ناحية ثالثة ليس هناك مانع من أن يكون هناك معهد قومى واحد ومعهد (أو أكثر) إقليمى له صفة القومية، وذلك تبعا لقدرات الارتقاء الطبيعية دون تعسف أو تحيز.

أنتقل بعد هذا إلى أمراض الدم، ومع أن العقيدة السائدة بين الأطباء أن أمراض الدم فى غالبها أورام، ومع أن معهد الأورام القومى يقوم بدور متميز ومشكور فى علاج هذه الأمراض أو الأورام، بما فى ذلك الإسهام فى التقنيات المتقدمة الخاصة بزرع النخاع، إلا أنى أتصور ضرورة وجود معهد قومى لأمراض الدم بعيدا أو منفصلا عن معهد الأورام، على نحو ما يقوم فى باريس مستشفى «هوتيل دييو» بالإضافة إلى معهد «باستور»، وليس

هناك ما يمنع من أن يكون بين معهد أمراض الدم ومعهد الأورام تعاون وثيق، بل ليس هناك بالطبع ما يمنع أن يكون بعض أعضاء الهيئة العلمية فى معهد أمراض الدم المقترح من الأساتذة العاملين الآن فى معهد الأورام، بل ليس هناك ما يمنع أن تنتقل أقسام بأكملها من معهد الأورام لتؤسس المعهد الجديد ويتبقى لمعهد الأورام دوره الجراحى الكبير.

أنتقل بعد هذا إلى العلاج الإشعاعى الذى يفتقد حتى يومنا هذا إلى معهد مستقل، وإن كان الحق يقتضينى أن أشير إلى تميز القسمين الخاصين به فى كليتى الطب الكبيريين فى قصر العينى وعين شمس، لكن الحاجة الملحة إلى معهد قومى لا يمكن تلبيتها من خلال هذين القسمين فقط بسبب محدودية عدد الأسرة، والمساحة المتاحة لتقديم الخدمة، والقدرة على خدمة عدد أكبر من الذين يحتاجون هذا النمط من أنماط العلاج الذى يفتقر إلى معهد يتطلب مساحات واسعة ومناخا مختلفا عن المناخ الذى تطورت فيه بعض المبانى بطريقة استغل الطبيب المصرى والمهندس المصرى ذكاءهما فيها إلى أقصى الحدود، لكنها فى النهاية لم تتمكن من تحقيق ما هو مرجو فى هذا التخصص.

أنتقل بعد هذا إلى طب الأوعية الدموية وجراحتها، وهو فرع واعد من فروع الطب المصرى، لا يمكن تصور أن طب القلب قادر على أن يقوم به على قدم المساواة مع أمراض القلب المتعددة التى يتسع نطاقها يوما بعد يوم، وتتعدد فروعها، كذلك فإن جراحة الأوعية الدموية فى المدرسة العلمية المصرية تمثل تخصصا علميا بعيدا فى بداياته ونهاياته ومساراته عن تخصص جراحة القلب والصدر، ولا تزال الأيام تثبت لنا مدى الحاجة إلى هذا التخصص على مستوى تخصصى متفرد ومستقل، وليس على مستوى

خُمس تخصص (من أمراض القلب) هنا وثُمن تخصص (من الجراحة العامة) هناك، وقد ازداد الوعى بهذا الفرع فى السنوات الماضية، كما تزايدت الحاجة إليه وتزايدت أعداد الأساتذة والإخصائيين فى كلا الفرعين، فضلا عن التطور الفائق والتحديث الذى أصاب الأجهزة التشخيصية المساعدة فى هذا التخصص، والعناية التى توجه الآن إلى أمراض الأوعية الدموية.

لعلى أشير بعد هذا إلى حاجتنا الملحة إلى معهد قومى للغدد الصماء، وكنا قد تنبهنا مبكرا إلى أهمية مثل هذا المعهد وبدأنا خطوات أدت إلى وجود معهد للسكر فى وزارة الصحة لكنه لم يتطور إلى المستوى الذى نتحدث عنه فى إطار معاهد قومية عليا، ومن الجدير بالذكر أن معهد ناصر كان عند إنشائه فى بداية السبعينيات موجهاً بهدف أن يكون معهد قومى للسكر وأمراض الغدد الصماء، وذلك بالمواكبة مع إصابة الرئيس جمال عبد الناصر نفسه بمضاعفات مرض السكر، وتوثق علاقاته بأساتذة هذا الفرع من الطب، لكن المعهد ظل فى مرحلة البناء ١٥ عاما، فلما أوشك على الاكتمال تم التفكير فيه على محاور متعددة، ثم انتهى بأن أصبح جزءاً من كيانات متباينة جمعت مع بعضها تحت عنوان «المراكز الطبية المتميزة» التابعة لمكتب وزير الصحة شخصيا!!

ومن الإنصاف أن أشير إلى أن مستشفى الهلال فى شارع رمسيس تأسس فى ١٩٣٦ ليكون بمثابة معهد لجراحة العظام والإصابات، وقد أدى هذا الدور بالفعل لسنوات طويلة، فلما هدم وأعيد بناؤه رؤى لأسباب اقتصادية أن يصبح مستشفى علاجيا شأن بقية مستشفيات الهيئة التى تبع لها، ولا تزال الفرصة قائمة فى تطويره فى الاتجاه الأصلى ليكون أفضل

معهد علمى لجراحات العظام والأعصاب والعمود الفقرى وإصاباتها، وبالموازاة لهذا المعهد فإن القوات المسلحة تملك أعظم معهد مناظر وهو مستشفى الحلمية العسكرى بتاريخه المجيد وطاقته الاستيعابية الضخمة التى لا تناظرها طاقة أخرى فى مصر.

كذلك فإننا فى حاجة إلى معهد قومى للسمع والكلام، ونحن نملك نواته فى معهد قائم فى كورنيش النيل فى إمبابة لكن تبعيته الوظيفية فى وزارة الصحة لم تمكنه من النهوض المنتظر.

وينطبق هذا تماما بتمام على معهد قومى لأمراض العضلات والجهاز الحركى، وقد نشأت نواته فى معهد شلل الأطفال الذى تولت إدارته طبيبة جليلة كانت زوج وزير الصحة الأشهر المهندس النبوى المهندس.

ومن الإنصاف أن نشير أيضا إلى انتباه السابقين علينا لأهمية وجود معهد قومى لعلوم التغذية وطبها معا، حتى وإن لم يحمل هذا الاسم بعد، ولم يصل إليه، لكنه فى ظل ما ننادى به كفيل بأن يؤدى دوره الريادى المرتبط مباشرة بسياسات التموين والاقتصاد والزراعة والغذاء.

وليس سرا أننا فى بدايات الألفية الثالثة لم نصل إلى ما وصلت إليه أجيال سابقة علينا من اهتمام حثيث بالأمراض الجلدية والتناسلية جعلها تخصص مستشفى بديعا وفسيحا وذا موقع متميز لهذا التخصص، ولاشك أن مستشفى الحوض المرصود بموقعه الحالى يستحق تطويرا علميا وبحثيا ليقوم بدور قومى مطلوب فى هذا التخصص.

قبل كل هذه المعاهد التسعة فإن أحدا لا ينكر أن أهم الحاجات الملحة الآن هى معهد قومى للكبد وجراحته وزراعته ونقله، على أن يكون المعهد ببداياته وبإمكاناته معهدا قويا رفيع المستوى، وفير الإمكانات، ولا بأس من

أن يفيد المعهد المقترح من التجربة الرائدة المحدودة لمعهد الكبد فى جامعة المنوفية، ومن تجربة أخرى متميزة وخاصة فى معهد تيودور بلهارس، ومن تجربة معهد صغير قديم مجاور لقصر العينى يحمل اسم معهد أبحاث المناطق الحارة، لكن المعهد المطلوب لابد أن يتفوق على هذا كله ليقدم أبرز فرصة للنجاح الطبى فى مصر من خلال معهد قومى يصبح مرجعا للعالم كله بلا مبالغة فى أمراض الكبد ذات الطابع القومى المصرى وبخاصة إذا ما خلصت النيات وتكاتفت الجهود من أجل تحقيق هدف قومى كبير لمرض كبير نعانى منه جميعا.

وليس صعبا أن نتصور أننا نستطيع، مع التأنى فى الدراسة والإخلاص فى العمل، أن نحول مستشفياتنا العلاجية والتعليمية الكبرى إلى مؤسسات نواة لهذه المعاهد القومية، دون أن نظلم فردا واحدا من الذين يعملون الآن فى هذه المستشفيات، بل على العكس من هذا لابد من التخطيط الجيد لجعل قرارات إنشاء هذه المعاهد بمثابة نعمة كبرى وقدم خير عليهم يوفر لهم الارتفاع بمستواهم العلمى من خلال إلحاقهم بالكادر الجامعى وبزيادة أجورهم وبزيادة فرص الاحتكاك العلمى لهم، ولابد أن نوجد لكل منهم فرصة فى مؤسساتنا الجامعية القائمة فى القاهرة والأقاليم أو فى أحد هذه المعاهد الجديدة بما يتوافق مع ظروف ورغبات كل طبيب وإمكاناته العلمية، ومن نعم الله أنهم جميعا مؤهلون علميا بدرجات متفاوتة، يمكن تحقيق هذا عن طريق التعيين فى الكادر الجامعى لمن يستوفون شرط الإعلان ويجتازون مسابقة الإعلان، أو عن طريق تحويل الدرجات التى يشغلونها إلى درجات الاستشاريين والاستشاريين المساعدين والباحثين التى يشغلها الآن الأطباء العاملون فى المستشفيات الجامعية من غير العاملين فى الكادر الجامعى.

ويقتضى هذا أن يتم صدور القرارات الجمهورية الخاصة بمشروعات التسكين هذه من قبل أن تُسكَن الآلات والمعامل والمستلزمات الطبية التى يتطلبها العمل فى هذه المستشفيات الجامعية الجديدة التابعة أو الممثلة للمعاهد القومية العليا التى تمثل جزءا من نسيج المستشفيات الجامعية.

ونأتى بعد هذا إلى طائفة معاهد البحوث التى تتبع وزارة الصحة من خلال الهيئة العامة للمعاهد والمستشفيات التعليمية، وفى عقيدتى أن الأوان قد آن بعد ثلاثين عاما من عمل هذه الهيئة ليتوج إنجاز هذه الهيئة وعملها ونجاحها، أو لتتوج تجربتها على وجه العموم ولتكون هذه المستشفيات التعليمية مع التطوير اللازم بمثابة مستشفيات جامعية، ونحن نستطيع أن ندرك بكل وضوح أن هذه الهيئة تضم معاهد ومستشفيات فى العاصمة، ومعاهد ومستشفيات فى خارج العاصمة، ومن طريف ما حدث أن بعض المعاهد والمستشفيات التى فى خارج العاصمة لم تلق نفس المعاملة التى لقيها البعض الاخر فيما يتعلق بالحياة نفسها، فعلى حين احتفظ مستشفى بنها التعليمى بكيانه فى ظل نجاح جامعة الزقازيق فى إنشاء مستشفى جامعى كبير فى بنها ونجاة الجامعة من مد عينها إلى ما متع به الله غيرها، فإن مدينة سوهاج شهدت صراعا ضاريا وقانونيا وإداريا عندما حاولت الجامعة أن تفيد من المستشفى التعليمى ليكون بمثابة مستشفى الجامعة وكلية الطب فى سوهاج، وربما أن السبب فى هذا يرجع إلى المحاولة غير الإنسانية التى كانت الجامعة تنتوى معها الحصول على الأرض والمبانى والاسم والكيان، وترك الأطباء والعاملين أو الطرح بهم فى الشارع، وفى مقابل هذا فإن تجربه المستشفى التعليمى فى دمنهور فى التعامل مع جامعة الإسكندرية تمثل نموذجا مضيئا للتعاون الحقيقى وللإفادة العلمية، وظنى أن هذه المستشفيات التعليمية الثلاثة (وغيرها من مستشفيات عامة

متميزة تابعة لقطاع الطب العلاجى فى وزارة الصحة) لابد أن تتحول إلى مستشفيات جامعية مع حفظ كافة حقوق العاملين فيها، دون أن نظلم فردا واحدا من الذين يعملون الآن فى هذه المستشفيات، بل على العكس من هذا لابد من التخطيط الجيد لجعل قرارات إنشاء هذه المعاهد بمثابة نعمة كبرى وقدم خير على هؤلاء أيضاً على نفس النحو الذى اقترحناه فيما يتعلق بأطباء المؤسسة العلاجية وبحيث يوفر القانون لهؤلاء أيضاً الارتفاع بمستواهم العلمى بإلحاقهم بالكادر الجامعى وبزيادة أجورهم وبزيادة فرص الاحتكاك العلمى لهم، ولابد أن نوجد لكل منهم فرصة فى مؤسساتنا الجامعية القائمة فى القاهرة والأقاليم أو فى أحد هذه المعاهد الجديدة بما يتوافق مع ظروف ورغبات كل طبيب وإمكاناته العلمية، سواء تم هذا عن طريق التعيين فى الكادر الجامعى لمن يستوفون شرط الإعلان ويجتازون مسابقة الإعلان، أو عن طريق تحويل الدرجات التى يشغلونها إلى درجات الاستشاريين والاستشاريين المساعدين والباحثين التى يشغلها الآن الأطباء العاملون فى المستشفيات الجامعية من غير العاملين فى الكادر الجامعى. ويقتضى هذا أن يتم صدور القرارات الجمهورية الخاصة بمشروعات التسكين هذه من قبل أن تُسكَن الآلات والمعامل والمستلزمات الطبية التى يتطلبها العمل فى هذه المستشفيات الجامعية الجديدة التابعة أو الممثلة للمعاهد القومية العليا التى تمثل جزءا من نسيج المستشفيات الجامعية.

أما المستشفيات والمعاهد التعليمية القائمة فى مدينة القاهرة فإنها تضم معهد القلب مع كل التقدير لمصاعبه ومتاعبه والانتقادات التى قد توجه إلى بعض مستويات الأداء فيه، فإنه قد يشبه معهدا قوميا بكل ما تعنيه الكلمة، وقد تأخر انضمامه للجامعة إلى حد أصبح مؤذيا للخدمة الطبية الوطنية

التى يقدمها، ولا أستطيع أن أتصور أن يظل أداء هذا المعهد مفتقدا إلى مظلة الجامعة وروحها وآلياتها بينما الزمن يمر، وإذا كانت هناك مواضع كفايات علمية أو بحثية يفتقدها هذا المعهد فلابد أن تسهم كوادر الجامعة بأشخاصها فى استكمالها من هيئات التدريس العاملة فى الجامعات حتى لو تم هذا بطريق التكليف على نحو ما كانت الجامعة تزود القوات المسلحة بكوادرها بأسلوب التكليف فى فترة الحروب القومية.

وبالإضافة إلى هذا فإن هذه الهيئة تضم مستشفى أحمد ماهر، وهو مستشفى متعدد التخصصات، متوسط الموقع، طويل الخبرة، وكفيل بأن يكون بالفعل مستشفى جامعيا صغيرا موازيا مضافاً إلى المستشفيات الجامعية لجامعة الأزهر، أو لجامعة القاهرة اللتين تحتاجان إلى وجود كيان مثله يخدم منطقة آهلة بالسكان وتعودت على الإفادة من خدماته ولا ينقصها إلا رفع مستواه العلمى والبحثى، وينطبق على مستشفى الساحل ومستشفى المطرية التعليمى ما ينطبق على هذا المستشفى، وليس سرا أن كل واحد من هذه المستشفيات كان مرشحا فى وقت من الأوقات ليكون بمثابة مستشفى جامعى لكن الإحساس المسبق بالغبن من جانب الجامعة بنفوذها جعل آباء الصحة يحافظون لأبنائهم من أطباء الوزارة على فرصة وجود هذه المستشفيات الثلاثة لأبنائهم.

تكتمل منظومة مستشفيات جامعات القاهرة بالانضمام الحميد للمستشفيات والمعاهد التابعة لوزارة البحث العلمى إلى إطار مستشفيات جامعات القاهرة، وأبرز هذه المعاهد والمستشفيات معهدان هما: معهد العيون العظيم على كورنيش الجيزة الذى أوقف الدكتور عبد المحسن سليمان عليه كل ثروته حتى صار إلى ما هو عليه، ومعهد تيودور بلهارس

الذى أنشأته ودعمته حكومات ألمانية متعاقبة، ومن الإنصاف أن نشير إلى الدور العظيم الذى يقوم به كل من هذين المعهدين، لكننا لا نستطيع أن نتصور وجودهما على هذا النحو البعيد عن الجامعات بينما هما يلتقيان مع الجامعات فى مسئولية وزير واحد هو وزير التعليم العالى والدولة للبحث العلمى، وربما يقتضى ضم معهد العيون نقل أقسام العيون من قصر العينى إليه، وإضافة معهد الرمد التذكارى التابع لوزارة الصحة (الهيئة العامة للمعاهد ومستشفيات التعليمية) لتكوين معهد قومى للعيون على أعلى مستوى.

وفى شمال القاهرة فرصة نموذجية لمعهد قومى آخر فى أمراض العيون يتمثل فى مستشفى روض الفرج الرمدى العظيم، كما أن مستشفى الرمد السكندرى لا يقل قيمة عن هذين المستشفيين العظيمين، ونحن جميعا نعرف أن طب العيون كان بوسعه (تاريخيا) الاستقلال عن مستشفيات الجامعة وعن باقى التخصصات على المستوى المكانى، مع بقاء ارتباطه وكيانه كقسم من أقسام كليات الطب.

جدول رقم (١١٣) مستشفيات القاهرة الكبرى المرشحة للتحول

إلى معاهد قومية عليا ومستشفيات جامعية

أولا : من المؤسسة العلاجية :

المستشفى	عدد الأسرة (تقريبا)
١ ـ مستشفى هليوبوليس	٣٩٠
٢ ـ مستشفى الجمعية الخيرية الإسلامية بالعجوزة	٣٦٠
٣ ـ مستشفى دار الشفاء	٣٣٥
٤ ـ مستشفى الجمهورية	٣٠٥
٥ ـ مستشفى القبطى	٢٩٠
٦ ـ مستشفى الهلال الأحمر	٢٨٥
٧ ـ مستشفى مبرة مصر القديمة	٢٧٥
٨ ـ مستشفى مبرة المعادى	١٠٠

ثانيا: من الهيئة العامة للمعاهد والمستشفيات التعليمية:

١ ـ مستشفى المطرية التعليمى	٦٦٠
٢ ـ مستشفى أحمد ماهر التعليمى	٤٣٠
٣ ـ مستشفى الساحل التعليمى	٣١٠
٤ ـ مستشفى الجلاء التعليمى	٣٠٥
٥ ـ معهد القلب	٣٠٠
٦ ـ معهد شلل الأطفال	٢٥٠
٧ ـ معهد الكلى والمسالك البولية (ملحق بمستشفى المطرية)	٨٠
٨ ـ معهد الرمد	٦٥
٩ ـ معهد السمع والكلام	٢٣
١٠ ـ معهد أبحاث المناطق الحارة	٦٠
١١ ـ معهد السكر	٦٠

١٢ ـ معهد القاهرة «الحوض المرصود»	؟
١٣ ـ مستشفى أسوان التعليمى	؟

ثالثا: من المراكز المميزة التابعة لمكتب الوزير:

ـ معهد ناصر بالقاهرة
ـ مستشفى الهرم
ـ مستشفى الخازندار
ـ مستشفى مدينة السلام

رابعا: من هيئة المعاهد والمستشفيات التعليمية (فى الأقاليم):

١ ـ مستشفى شبين الكوم التعليمى	٦٦٧
٢ ـ مستشفى دمنهور التعليمى	٦٢٥

٣ ـ مستشفى بنها التعليمى	٤٠٢
٤ ـ مستشفى سوهاج التعليمى	٢٥٢

خامسا: من المراكز المميزة التابعة لمكتب الوزير (فى الأقاليم):

ـ مستشفى شرق المدينة بالإسكندرية
ـ مستشفى المواساة بالإسكندرية
ـ مستشفى الأطفال التعليمى ببنها
ـ مستشفى المنصورة الدولى
ـ مستشفى شرم الشيخ الدولى

الفصل الواحد والثلاثون

التطوير الواجب لمعهد القلب القومى

فى ظل تزايد معدلات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، أصبح من الضرورى توفير الخدمة الطبية المتخصصة لهؤلاء المرضى على نطاق كفيل بتلبية الحاجة المتزايدة الناشئة عن زيادة معدلات الإصابة والانتشار، وقد انتبهت الدولة منذ مرحلة مبكرة إلى أهمية العناية بهذا التخصص من تخصصات العلوم الطبية، وما يتطلبه من مهارات خاصة على مستويات متعددة فى الطب والجراحة والتخدير والتمريض والرعاية المركزة والمعامل.

والواقع أن المستشفيات المصرية فى قطاعات الخدمة العلاجية الثلاثة (الجامعة ـ وزارة الصحة ـ القوات المسلحة) قد عرفت منذ مرحلة مبكرة مبدأ التخصص الدقيق فى إطار الفروع الطبية المرتبطة بهذه الشريحة من المرضى منذ مرحلة مبكرة، تكاد تكون مقاربة للفترة الزمنية التى أقرت فيها دول متقدمة مبدأ هذا التخصص. وعلى سبيل المثال فقد كان هناك فى مستشفى المعادى للقوات المسلحة معمل خاص للبحوث الخاصة بتحاليل الدم الخاصة بجراحات القلب والصدر (أبحاث التجلط والنزيف وسرعات الترسيب وغازات الدم) يعمل جنبا إلى جنب مع معامل

المستشفى العامة، وكان هذا المعمل ولا يزال يمارس نشاطه باستقلال تام يواكب الاحتياجات ويوفر الرعاية الوقتية والفورية التى تتطلبها الجراحات ومتابعة العلاج. وقد حدث مثل هذا فى أقسام الرعاية القلبية المركزة، ورعاية الشريان التاجى .

وقد نشأ فى وزارة الصحة فى الستينيات معهد لجراحة القلب، وتحول اسم هذا المعهد بعد فترة من الزمن ليصبح اسمه «معهد القلب» كى يشمل الطب والجراحة معا، وليعطى كليهما نفس القدر من الأهمية، وكانت الفكرة من وجود هذا المعهد المتخصص أن يوفر لمرضى الجراحات القلبية فرصة الرعاية القبلية والبعدية فى أقسام متكاملة يجمعها المعهد تحت سقف علمى واحد يُعنى بالعلاج المتقدم، وبالتشخيص الدقيق، وبالمتابعة الدءوب، وكانت الآمال التى عقدت على إنشاء هذا المعهد تقتضى أن يصبح بمثابة معهد قومى يرتقى مع مرور الزمن ليصبح مسئولا عن دور مماثل للدور الذى تقوم به المعاهد القومية فى البلدان المتقدمة، أو على الأقل يؤدى دورا مماثلا للدور الذى يقوم به المعهد القومى للأورام التابع لجامعة القاهرة.

وبمرور الزمن أثبتت التجربة وجود مجموعة كبيرة من العوائق التى جعلت أداء معهد القلب رغم تميزه ورغم امتداد المظلة الواسعة لعمله، عاجزا عن أن يفى تماما بقدر كبير مما كان مطلوبا منه فى مجال العلوم والبحث العلمى فى حقل طب وجراحة القلب، وذلك على الرغم من الإنجاز الكمى الهائل الذى استطاع المعهد أن يحققه من خلال استيعاب نسب كبيرة من مجموعات المرضى المحولين إليه، وعلى الرغم من الإنجاز الكيفى الذى تمثل فى إجراء عدد كبير من جراحات القلب الجديدة والتداخلات والعلاجات الكهربية التى كلل معظمها بالنجاح.

على أن النجاح الذى حققه المعهد لا يمنعنا من التأمل فى أسباب عجزه عن أن يحقق كل ما كان مرجوا منه من نجاح، وبخاصة أن الظروف الوطنية والقومية كانت تهىء له الفرصة لنجاح أكبر فى ظل الحرص الشديد والمبرر للحكومات المتعاقبة على توفير إمكانات لا نهائية للمعهد، وعلى تدبير موازنات ضخمة جدا على مدار سنوات متتابعة.

ويمكن القول إن صيغة تنظيم العمل الطبى فى المعهد لم تكن بمثابة الصيغة الأنسب لمثل هذا المعهد الذى يجمع بين العلم والممارسة الطبية والبحث العلمى فى آن واحد، فأعضاء هيئة الأطباء فى المعهد مضطرون بحكم القانون إلى أن يبحثوا عن مظلة علمية تؤهلهم للحصول على الدرجات العلمية فى تخصصاتهم، وهو ما يقتضيهم ترك أماكنهم فى المعهد من أجل التردد المتكرر على الأقسام العلمية فى الكليات التى سجلوا فيها لدرجات الدكتوراه والماجستير.

كذلك فإن البحوث المسحية والاستطلاعية التى يقدر لهؤلاء أن يجروها لا ترتبط بخطة بحثية لالمعهد، وإنما ترتبط ارتباطا مباشرا بأفكار أعضاء هيئات التدريس المشرفين على الرسائل التى يتقدم بها العاملون فى المعهد، ومن البدهى أن هؤلاء المشرفين أنفسهم ينتمون إلى كليات طب مختلفة وإلى مدارس مختلفة فى الفكر العلمى والبحث الطبى.

وفضلا عن هذا كله فإن المعهد فى تطويره لأساليبه العلاجية والجراحية يصدر عن اجتهادات فردية فى اختيار الأسلوب الأنسب للعلاج، ولا يلتزم فى ظل ممارساته العلاجية بأن يرسى أسس مدرسة علمية فى علاجات أمراض القلب على الرغم من أنه يملك باقتدار حجم النشاط الطبى الكفيل

له بتبنى وتطوير أساليب علمية فى كل جزئية من الجزئيات التى تتصل بعمله.

ولعلنا نستطيع أن ندرك مدى ما يتطلبه المعهد من صيغة علمية وبحثية قادرة على إفادة المرضى والعلاج الطبى والبحث العلمى إذا ما تطورت علاقات المعهد بالعلم والمرض من خلال أسلوب أكاديمى كفيل بالارتقاء بالوظائف الطبية ووضعها فى الإطار الأنسب لها.

وليس بكثير على معهد القلب وأطبائه أن ينالوا فضلا جديدا من الدولة بتحويل معهدهم إلى معهد جامعى قومى يتبع لائحة مشابهة لمعهد الأورام بجامعة القاهرة، بل يستفيد من انتقال بعض أساتذة الجامعة فى تخصصاته المختلفة ليدعموا هيئة المعهد فى سبيل أداء مهمة قومية باتت لا تحتاج التأجيل.

قائمة فهارس الكتاب

عن الطبعة الأولى

عن الطبعة الأولى

هذا الكتاب

بقلم الأستاذ الدكتور

محمد عبداللطيف إبراهيم

رئيس جامعة الزقازيق

يمثل هذا الكتاب صورة من صور اهتمام الجامعة - كمؤسسة استنارة فكرية بحركة المجتمع من حولها، حيث تتلاقى أو تتصارع الموارد والمطالب، الأهداف والمعوقات، الطموحات والتبعات، وتنشأ نتيجة هذا التفاعل ديناميات عديدة للقضايا التى تهم الإنسان، والوطن، والشعب.

وربما اختلطت على أفراد الشعب ذوى الإحساس الوطنى بجمهورهم ومشكلاته ربما اختلطت أوراق الحقائق بأوراق الآراء الرائجة إلى حد يصبح معه البحث عن حقيقة ما من الأمور المرهقة فى بلد شُغل لفترات طويلة مضت عن أن يضع نصب عين أبنائه كل الحقائق عن كل المشكلات التى يحسون بها، تارة لظروف الأمن القومى، وتارة أخرى بسبب الانشغال عن التوثيق والتأصيل، وتارة ثالثة بسبب غياب قاعدة المعلومات القديمة ومن ثم غياب القدرة على تجديدها بالحقائق والوقائع.

ويأتى هذا الكتاب ليمثل صورة من صور اهتمام الجامعة كمؤسسة للاستنارة الفكرية بكسر قاعدة الغموض حول بعض مشكلاتنا التنموية، بدءا بمشكلة من أهم المشكلات وهى تلك المرتبطة بأحد عناصر الثالوث المزمن : الفقر والجهل والمرض.

ثم إن هذا الكتاب الذى سعدت فعلا بقراءة بعض فصوله على فترات متوالية لا يكتفى بالمعلومات الصماء، ولا الحقائق الرسمية، وإنما هو يضيف بقلم مؤلفه الأديب - الذى هو ابن المهنة وابن الجامعة أيضا - آفاقا من الفهم العميق، والتناول الجرىء لكل الحقائق التى بذل بالقطع جهودا وراء جهود حتى استطاع أن يبرزها للقارئ اليوم على هذا النحو.

ومع أن الجامعة تؤمن تماما أن الآراء التى تنشرها هى مسئولية أصحابها، إيمانا منها بالطبع بحرية البحث العلمى وأهمية هذه الحرية.. إلا أننى يهمنى أن أؤكد هذا المعنى من زاوية أخرى، وهى زاوية قيام الجامعة التى أشرف برئاستها بإتاحة هذه الفرصة لمثل هذه الدراسات الجادة بدءا من هذا الكتاب الذى أرجو أن تعقبه مجموعة من الدراسات فى جميع المجالات.

وبهذا تفتح الجامعة الأبواب أمام كل رأى وفكر.. فالجامعة المصرية اليوم ليست - وأقولها للمرة الثالثة - إلا مؤسسة من مؤسسات الاستنارة فى جو ينعم بحرية حقيقية، وديمقراطية يبذل السيد رئيس الجمهورية كل ما فى وسعه لحمايتها من كل ما قد يمسها..

هذا وبالله التوفيـــــق ،

هذا الكتاب

بقلم الأستاذ الدكتور

عبد الستار مصطفى

نائب رئيس جامعة الزقازيق

تخطو جامعة الزقازيق بهذا الكتاب خطوة على سبيل المساهمة الجادة فى مناقشة قضايا ومشكلات البيئة والمجتمع، بحيث لا تقتصر مساهماتها فى هذا الجانب على الأحاديث الفردية أو المناقشات الثنائية التى تدورداخل الحرم الجامعى، أو على مجرد الإسهامات الفردية التى تنسب إلى بعض أبناء أسرة الجامعة حين يشاركون فى الندوات العامة أو الصحفية.. وإنما تتيح الجامعة لنفسها اليوم بدءا من نشرها لهذا الكتاب أن تعرض بعض الآراء الحرة لأبنائها فيما يتعلق بالقضايا الوطنية التى تتصل بمجال عملهم، عملا بالمبدأ الذى نرجو أن نستوعبه فى كل خطواتنا المستقبلية من توسيع قاعدة الآراء التى يلجأ إليها أصحاب الرأى فى تقييم الخدمات القائمة وفى رسم الطريق الأمثل لتطويرها وبحيث لا تكون خلفيات تقييم صناعة القرار مقتصرة على قمة الأجهزة الوظيفية فحسب، وإنما تمتد إلى قاعدتها.

ومع يقينى أن مثل هذه الآراء التى يعرضها هذا الكتاب قد تعبر عن الجوانب الشخصية والرؤى الفردية وراء أقلام أصحابها. إلا أننى دائما ما أغلب على مثل هذا التحفظ إيمانى العميق ـ الذى تدعم وتأكد بمشاهداتى

فى خارج مصر - بأنه على الأفراد وبصفاتهم الفردية - يقوم جانب كبير من التقدم الحقيقى فى مجالات الخدمات لا فى مجال الفكر أو الأدب فحسب.

من هذا المنطلق فإننى آمل أن يكون فى هذا الكتاب (أو الدراسة) بعض ما يضيف إلى معلوماتنا وتصوراتنا عن الخدمة الطبية والعلاجية فى وطننا العزيز.

أما فيما يتعلق بشخصى الذى أتيح له أن يعمل فى حقل الطب منذ أكثر من ثلث قرن، فأكاد أزعم أن هناك فى كثير من فقرات هذا الكتاب توافقا حيا مع ما لمسته من طبائع وخصائص الخدمة الطبية والعلاجية فى شتى المؤسسات القائمة بهذه الخدمة.

وأعتقد أن الوعى بحجم المشكلات الصحية والطبية هو العامل الحاسم فى سبيل نجاح المديرين والقائمين بالسلطة فى هذه المواقع فى تحقيق الأهداف المرجوة فى النظام الطبى.

ولهذا فإنى آمل أن يسهم هذا الكتاب فى جانب التنوير الفكرى وخدمة المجتمع وحرية الرأى وكلها من الأركان التى قامت الجامعة من أجل دعمها وازدهارها.

كتب للمؤلف

■ **الدكتور محمد كامل حسين عالما ومفكرا وأديبا**

سيرة حياة المفكر المصرى الكبير محمد كامل حسين (١٩٠٢ ـ ١٩٧٧) صاحب «قرية ظالمة» و«وحدة المعرفة» و«الوادى المقدس» و« النحو المعقول» و «التحليل البيولوجى للتاريخ».

فاز بجائزة مجمع اللغة العربية الأولى فى الأدب (١٩٧٨)، صدرت الطبعة الأولى عام ١٩٧٨، وضمت الطبعة الثانية أبوابا وفصولا لم تضمها الطبعة الأولى.

الطبعة الثانية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠٢.

■ **مشرفة بين الذرة والذروة**

سيرة العالم المصرى الكبير الدكتور على مصطفى مشرفة (١٨٩٨ ـ ١٩٥٠)، وإنجازاته العلمية ومدرسته الرائدة وأفكاره الاجتماعية وقدراته البيانية والموسيقية، وببليوجرافيا بإنتاجه وما كتب عنه، صدرت طبعته الأولى عام ١٩٨٠، ونال جائزة الدولة التشجيعية فى الآداب (١٩٨٢).

الطبعة الثانية، مكتبة مدبولى، ٢٠٠١.

■ **سيرة حياة العالم الأديب الدكتور أحمد زكى**

يستعرض الإنتاج الفكرى والأدبى للدكتور أحمد زكى (١٨٩٤ ـ ١٩٧٥) فى كافة الميادين ويعرض آراءه وفلسفته فى الحياة والعلم والسياسة والفكر والاجتماع، وتتميز الطبعة الثانية باحتوائها على الببليوجرافيا الكاملة لإنتاج الدكتور أحمد زكى فى كتبه ودراساته وترجماته ومقالاته المتنوعة فى مجلات الرسالة، والثقافة، والهلال، والاثنين، والدنيا، والعربى وغيرها.

الطبعة الثانية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠٣ .

■ **أحمد زكى حياته وفكره وأدبه**

يضم هذا الكتاب معظم فصول الأبواب الأولى من سيرة حياة الدكتور أحمد زكى .

الهيئة المصرية العامة للكتاب ، سلسلة أعلام العرب ، ١٩٨٤ .

■ **الدكتور على باشا إبراهيم**

سيرة حياة رائد الطب المصرى فى العصر الحديث د.على إبراهيم (١٨٨٠ ـ ١٩٤٧) وإنجازاته العلمية والحضارية، وآرائه فى الحياة والعلم والطب والجامعة.

الهيئة المصرية العامة للكتاب ، سلسلة أعلام العرب، ١٩٨٥.

■ **الدكتور نجيب محفوظ**

سيرة حياة الرائد الأول لطب النساء فى العالم العربى د.نجيب محفوظ (١٨٨٢ ـ ١٩٧٢)، الذى

أضاف إلى العلم كثيرا من الإنجازات، وعرض لفلسفته وقدراته العلمية والبحثية والبيانية.
الهيئة المصرية العامة للكتاب ، سلسلة أعلام العرب، ١٩٨٦ .

- **الدكتور سليمان عزمي باشا**

سيرة حياة أول أطبائنا الباطنيين د.سليمان عزمي (١٨٨٢ ـ ١٩٦٦)، وتحليل لآرائه في التعليم الطبي والجامعي، وفلسفته في ربط الطب والتعليم الطبي بالحياة العامة.
الهيئة المصرية العامة للكتاب ، سلسلة أعلام العرب ، ١٩٨٦ .

- **عثمان محرم... مهندس الحقبة الليبرالية المصرية [١٩٢٤ ـ ١٩٥٢]**

يستعرض المقومات العقلية والفكرية والمهنية والسياسية التي أسهمت في صنع إنجازات المهندس الوطني العبقري عثمان محرم (١٨٨١ ـ ١٩٦٣)، ويعرض لسيرته المهنية والسياسية والوطنية، ويتدارس أوراق محنته في أول عهد الثورة حين قدم للمحاكمة كنموذج لكباش الفداء التي أراد العهد الجديد بها أن يمحو من الأذهان مهابة وقيمة رموز العهد السابق.
مكتبة مدبولي، ٢٠٠٤ .

- **سيد مرعي : شريك وشاهد على عصور الليبرالية والثورة والانفتاح (١٩٤٤ ـ ١٩٨١)**

سيرة حياة المهندس سيد مرعي (١٩١٤ ـ ١٩٩٢)، وإسهاماته السياسية والمهنية والزراعية في ثلاثة عصور متتالية، وما تركته شخصيته من بصمات سياسية واجتماعية لا تزال آثارها باقية.
مكتبة مدبولي، ١٩٩٩ .

- **إسماعيل صدقي باشا (١٨٧٥ ـ ١٩٥٠)**

سيرة حياة واحد من أهم الشخصيات التي مرت بتاريخ مصر الحديث وأثرت في تاريخها القومي تأثيرا كبيرا بالإيجاب والسلب، وعرض لإنجازاته الاقتصادية والحضارية، ونقد لعقليته السياسية، وتقدير لأفكاره الاستراتيجية.
الهيئة المصرية العامة للكتاب ، سلسلة تاريخ المصريين، ١٩٨٩ .

- **صانع النصر.. المشير أحمد إسماعيل (١٩١٧ ـ ١٩٧٤)**

سيرة حياة قائد عسكري متميز أتيح له أن يتحقق على يديه أعظم نصر في تاريخ مصر المعاصر، وملامح حياته وتكوين شخصيته وإنجازاته العسكرية على مدى حياته، ويناقش النقاط الخلافية في تاريخه.
دار جهاد ، ٢٠٠٣ .

- **مايسترو العبور.. المشير أحمد إسماعيل**

سيرة موجزة لحياة قائد القوات العربية في حرب ١٩٧٣ .
دار الأطباء ، ١٩٨٤ .

- **سماء العسكرية المصرية الشهيد عبد المنعم رياض (١٩١٩ ـ ١٩٦٩)**

سيرة موجزة لحياة ألمع العسكريين العرب، وعرض لأفكاره العسكرية والاستراتيجية وإسهاماته التاريخية.
دار الأطباء، ١٩٨٤.

■ **توفيق الحكيم من العدالة إلى التعادلية**

إطلالة سريعة بترتيب موضوعى على شخصية توفيق الحكيم وحياته وآثاره الأدبية، من خلال رحلته فى الحياة ، وتعريف موجز بآثاره الأدبية والفكرية.

الهيئة المصرية العامة للكتاب، المكتبة الثقافية، ١٩٨٨ .

■ **عبد اللطيف البغدادى .. شهيد النزاهة الثورية**

سيرة حياة عبد اللطيف البغدادى (١٩١٧ - ٢٠٠٠) أبرز رجال عهد الثورة فى المجال التنفيذى، وتتبع لفكره الإصلاحى والسياسى ، وإنجازاته الحضارية ، وإسهاماته فى الحياة البرلمانية ، والوزارات المختلفة، والعلاقات العربية، ومحكمة الثورة ، ورؤاه الاستراتيجية والسياسية والحربية.

دار الخيال ، ٢٠٠٤ .

■ **مصريون معاصرون**

مجموعة من كلمات ومقالات التأبين التى نشرت فى رثاء بعض المصريين المعاصرين أو إحياء ذكراهم ، متضمنة أضواء موحية على بعض من الجوانب التى تبدت فى هذه الشخصيات.

الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٩ .

■ **يرحمهم الله: كلمات فى التأبين**

تراجم انطباعية تأبينية لكل من بدر الدين أبو غازى، وصلاح عبد الصبور، ومحمد زكى عبد القادر، ود. يحيى المشد، ومحمد فهمى عبد اللطيف.

دار الأطباء، ١٩٨٤ .

■ **فن كتابة التجربة الذاتية: مذكرات الهواة والمحترفين**

مجموعة من القضايا النقدية والفكرية، المرتبطة بفن كتابة التجربة الذاتية، وأساسياته، وأركانه، وتطوره، ومدى الحاجة إليه، والنقاط الخلافية فيه مع محاولة لتأصيل مذهب المؤلف فى نقد أدبيات التجارب الذاتية المنشورة فى صور مختلفة.

دار الشروق، ١٩٩٧ .

■ **فى ظلال السياسة .. نجيب محفوظ الروائى بين المثالية والواقع**

دراسة أدبية نقدية تحليلية تستعرض الفكر السياسى لنجيب محفوظ من خلال آرائه الصريحة المباشرة وأعماله الفنية ومذكراته المتعددة ، وتثبت أنه فكر متقدم تناول القضايا الوطنية برؤية واضحة ونظر ثاقب وعبّر عن وعى سياسى من طراز متميز نجا من التقولب والأيدلوجيات واستشرف الأمل فى الآفاق الرحبة لمستقبل مزدهر لأمته ونجح فى لفت النظر إلى حقيقة الإيجابيات الليبرالية التى تحققت بفضل ثورة الشعب فى ١٩١٩ .

دار جهاد، ٢٠٠٣ .

■ **على هوامش الأدب**

مجموعة من الدراسات والبحوث فى اللغة والأدب والنقد، تحاول فهم النقد ووظيفته وتصور علاقة

الإبداع بالحياة، وتحلل الوسائل الكفيلة بالارتقاء بالذوق الأدبى العام، وتناقش كثيرا من القضايا والإشكاليات التى شغلت الحياة الثقافية، وترتاد آفاقا جديدة فى درس علاقة اللغة بالحياة فى عصر المعلومات، وفى علاقة النقد بالذوق فى حقبة تتسم بتسارع الخطى والانكفاء على الذات معاً .

الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠٢ .

- **ثلاثية التاريخ والأدب والسياسية**

يناقش التأثيرات المتبادلة بين السياسة والتاريخ والأدب من خلال مجموعة من الفصول الموثقة (٢٣ فصلا) تستعرض وقائع ثقافية وأدبية ونقدية محددة بعضها مشهور وبعضها لا يتمتع بالقدر الكافى من المعرفة به.

دار جهاد ، ٢٠٠٣ .

- **من بين سطور حياتنا الأدبية**

خمسة من الفصول التى يضمها كتاب ثلاثية التاريخ والأدب والسياسية نشرت مبكرا .

دار الأطباء ، ١٩٨٤ .

- **أدباء التنوير والتأريخ الإسلامى**

دراسة وتعريف وتقييم لجهد ثلاثة من أساتذة كلية الآداب فى الجامعة المصرية تصدوا لكتابة تاريخ الأمة الإسلامية، تلقى الدراسة الضوء على ملامح وسمات ومميزات هذه التجربة الرائدة التى أثمرت عملا يجمع بين الأدب والتاريخ، وقد أصبح بمثابة المصدر المفضل لأهل التاريخ وتاريخ الأدب العربى، وكثير من الدراسات الإنسانية.

الطبعة الثانية، دار الشروق، ١٩٩٤.

- **كلمات القرآن التى لا نستعملها**

دراسة تطبيقية لنظرية العينات اللفظية مع جداول تفصيلية كاملة بالكلمات ومعانيها والآيات التى وردت فيها من خلال تصنيف لغوى دقيق مع شرح موجز لفكرة اختلاف العينات اللفظية والعوامل المؤثرة فى هذا الاختلاف .

صدر فى طبعتين: دار الأطباء، ١٩٨٤، دار الشروق، ١٩٩٧.

- **أوراق القلب [رسائل وجدانية]**

يضم أكثر من خمس وسبعين رسالة من الرسائل القصيرة تعبر بطريقة مبتكرة عن أحوال وجدانية متباينة، وتعكس قدرة عالية على التصوير والتعبير والقبض على لحظات الخصوصية والتفرد والمفارقة فى العلاقات الإنسانية.

الطبعة الأولى، دار الشروق، ١٩٩٤. الطبعة الثانية ، دار جهاد، ٢٠٠٥

- **أوهام الحب: دراسة فى عواطف الأنثى**

يتضمن خمسة وثلاثين فصلا ترسم الملامح الجوهرية فى قصص إنسانية الملامح وتقدم صوراً أدبية أقرب فى طبيعتها إلى اللقطة اللحظية، كما تقدم الفصول استعراضاً دقيقاً لشخصيات متباينة فى لحظات متباينة.

الطبعة الأولى ، الكتاب الأول فى سلسلة كتاب الجمهورية الشهرى، أغسطس ١٩٩٩.

الطبعة الثانية ، دار جهاد ٢٠٠٥ .

■ **رحلات شاب مسلم**

انطباعات ذاتية عن رحلات علمية مبكرة فى أمريكا وإيطاليا وبريطانيا والهند صورت فى دقة إبداعية بعض مشاعر الاحتكاك المباشر للمؤلف مع بيئات مختلفة وحضارات متعددة، كتبت بحرص شديد على الالتزام والدقة الموحية.

صدر فى ثلاث طبعات: دار الصحوة ١٩٨٧ ،دار الشروق ١٩٩٥، دار جهاد ٢٠٠٣ .

■ **شمس الأصيل فى أمريكا**

يتميز الكتاب بأسلوب مستحدث فى كتابة الرحلات لا يصف الطبيعة كما فعل السابقون، لكنه يحاول أن يصف الحضارة، وعلى حين أن وصف الطبيعة لا يستلزم إلا الحاسة الصادقة.. فإن وصف الحضارة يستلزم كذلك أقدارا متنامية من الدقة والإحاطة والتعمق والفهم والترتيب.. ويستلزم قبل ذلك أن تكون جنديا من جنود الحضارة لا فارسا من فرسان الطبيعة.

صدر فى طبعتين عن دار الشروق ، ١٩٩٦ ، ودار جهاد ٢٠٠٣ .

■ **مجلة الثقافة [١٩٣٩ ـ ١٩٥٢]: تعريف وفهرسة وتوثيق**

سيرة حياة مجلة رائدة، ودراسة صحفية وأدبية تحليلية للمجلة الشهيرة التى أصدرتها لجنة التأليف والترجمة والنشر بصفة أسبوعية، وتشمل فهرسة كاملة للأعداد الـ٧٣٣، وكشافات للموضوعات التى أسهم بها الكتاب الذين بلغ عددهم أكثر من ألف، مع تراجم وافية لحوالى ١٣٠ كاتبا بارزاً واظبوا على الكتابة للمجلة، وبعض النبذات البيوجرافية المقدمة عن هؤلاء بمثابة النبذات التعريفية الوحيدة المتاحة عنهم .

الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٣.

■ **الببليوجرافيا القومية للطب المصرى (٨ أجزاء)**

ببليوجرافيا كاملة للبحوث الطبية المنشورة فى مائة وخمسين دورية طبية مصرية (١٩٨٥ ـ ١٩٨٨)، مع معلومات ببليوجرافية كاملة وملخصات وافية للبحوث، وصدر فى ثمانية أجزاء نشرتها الأكاديمية الطبية العسكرية على مدى الفترة من ١٩٨٨ وحتى ١٩٩١.

■ **مذكرات وزراء الثورة**

مدارسة أدبية نقدية تاريخية لمذكرات عشرة وزراء من وزراء ثورة يوليو ١٩٥٢ من ذوى الانتماءات المختلفة والأدوار المتباينة، فضلا عن اختلاف آرائهم السياسية، وهم كمال حسن على وسيد مرعى وعبد الجليل العمرى وثروت عكاشة وإسماعيل فهمى وعثمان أحمد عثمان وضياء داود وأحمد خليفة وعبد الوهاب البرلسى وحسن أبو باشا.

دار الشروق، ١٩٩٤.

■ **المرأة والحرية : مذكرات المرأة المصرية**

مدارسة أدبية نقدية تاريخية لمذكرات أربعة اتجاهات كاشفة عن دور المرأة المصرية فى الحياة العامة مشاركة للزوج فى مجده، أو ممارسة للسياسة، أو للوظيفة، أو عارضة لتجربة حياة متميزة، وتشمل

الأبواب مذكرات كل من: بنت الشاطئ، وجيهان السادات، ولطيفة الزيات، وزينب الغزالي، وإنجي أفلاطون، واعتدال ممتاز، وإقبال بركة، ونوال السعداوي، وسلوى العناني، وثريا رشدي.
دار الخيال، ٢٠٠٤ .

■ **مذكرات المرأة المصرية**

طبعة مختصرة ومبكرة من كتاب «الثورة والحرية» ، دار الشروق ، ١٩٩٥ .

■ **نحو حكم الفرد : مذكرات الضباط الأحرار**

تصوير دقيق للفترة الأولى من حكم ثورة يوليو (١٩٥٢ ـ ١٩٥٤) ومقدماتها من خلال مدارسة أدبية نقدية تاريخية لمذكرات كل من: اللواء محمد نجيب، وخالد محيي الدين، وعبدالمنعم عبد الرءوف، وجمال منصور، ومحمد عبد الفتاح أبو الفضل، وحسين حمودة .
دار الخيال ، ٢٠٠٣ .

■ **مذكرات الضباط الأحرار**

طبعة مختصرة ومبكرة من كتاب «نحو حكم الفرد»، تضم أيضاً باباً عن مذكرات عبد اللطيف البغدادي لم تتضمنه الطبعة الثانية ، دار الشروق ، ١٩٩٦ .

■ **محاكمة ثورة يوليو: مذكرات رجال القانون والقضاء**

دراسة لعلاقة ثورة يوليو ١٩٥٢ بالقانون، وكيف أعلت الثورة من قيمة القانون في بعض المواقف والصراعات التى نشبت بين تنظيمات الثورة وبين رجال القضاء الوطنى وذلك من خلال مدارسة أدبية نقدية تاريخية لمذكرات مجموعة من أعلام القانون والقضاء الذين مارسوا السياسة أو شاركوا فى الحياة العامة، وتشمل مذكرات كل من محمد عصام الدين حسونة، وممتاز نصار، ومحمد عبدالسلام، وجمال العطيفى، ومحمد عبد السلام الزيات، وماهر برسوم، وحسن عبد الغفار.
دار الخيال، ١٩٩٩.

■ **الأمن القومى لمصر: مذكرات قادة المخابرات والمباحث**

تصوير دقيق لتطور مفهوم الأمن القومى داخليا وخارجيا فى عهد الثورة، والمناطق التى شُغلت بها الأجهزة المسئولة فى هذا النطاق وذلك عبر مدارسة أدبية نقدية تاريخية لمذكرات ستة من قادة أجهزة الأمن القومى من العسكريين والشرطيين الذين تعاقبوا على هذه الأجهزة خلال ربع قرن من الزمان: محمد حافظ إسماعيل، وصلاح نصر، وأمين هويدى، وأحمد كامل، وحسن طلعت، وفؤاد علام.
دار الخيال، ١٩٩٩.

■ **من أجل السلام: مذكرات رجال الدبلوماسية المصرية**

تحليل ومقارنة لرؤى مجموعة من أعلام الدبلوماسية المصرية الذين شغلوا مواقع مختلفة وعاصروا حروب مصر الدبلوماسية من أجل استعادة التراب الوطنى، وذلك من خلال مدارسة نقدية لمذكرات كل من: أحمد عصمت عبد المجيد، ومحمود رياض، ومحمد إبراهيم كامل، وحسين ذو الفقار صبرى، ومحمد عبد الوهاب العشماوى، وجمال بركات.
دار الخيال، ١٩٩٩.

■ **الطريق إلى النكسة: مذكرات قادة العسكرية المصرية ١٩٦٧**

مجموعة من فصول تاريخية نقدية تتناول استعراضاً ونقداً ومدارسة لمذكرات قادة الصف الأول في حرب يونيو ١٩٦٧ وتحليل لآرائهم ورؤاهم عن الأسباب التي صنعت الهزيمة وحالت دون السيطرة عليها في الوقت المناسب، والدراسة بمثابة أوفى مرجع لمذكرات عبد الحميد الدغيدي، وعبد المحسن كامل مرتجى، وأنور القاضي، وصلاح الحديدي، ومحمد فوزي. ومن الجدير بالذكر أن بعض هذه المذكرات لم تنشر إلا في صحف محدودة التوزيع.

دار الخيال، ٢٠٠٠.

■ **النصر الوحيد: مذكرات قادة العسكرية المصرية ١٩٧٣**

مرجع أساسي لا غنى عنه لدراسة أمجد المعارك العربية التي خاضتها الأمة العربية في ١٩٧٣ ، يتضمن الكتاب مدارسة ضخمة عن حقائق تلك الحرب ووقائعها من منظور وطني وعلمي أمين مترفع عن الانحياز، ويقدم نظرات غير مسبوقة في تحليل أحداث الحرب وتطورها ويستعرض بأمانة وتدقيق مذكرات خمسة من قادة حرب أكتوبر من مستويات مختلفة شاركوا بجهد وافر في صياغة وصناعة النصر، وتشمل مذكرات كل من: محمد عبد الغني الجمسي، وسعد الشاذلي، وعبد المنعم خليل، ويوسف عفيفي، وعادل يسري.

دار الخيال، ٢٠٠٠ .

■ **في أعقاب النكسة: مذكرات قادة العسكرية المصرية ١٩٦٧ ـ ١٩٧٢**

أوفى دراسة متاحة حتى الآن للفترة التي اصطلح على تسميتها بحروب الاستنزاف (وهي الفترة الممتدة من ١٩٦٧ وحتى ١٩٧٢)، وهي فترة حافلة بالتناقضات في الرأي والتصور والتكتيك ورواية الوقائع، ويقدم الكتاب تحقيقاً لكثير من هذه الجزئيات الخلافية من خلال مذكرات كل من: مدكور أبو العز، ومحمد أحمد صادق، ومحمد صدقي محمود، ومحمد فوزي، والفريق صلاح الحديدي، والكتاب هو المصدر الوحيد لبعض هذه المذكرات التي لم تنشر إلا في الصحف.

دار الخيال، ٢٠٠١.

■ **على مشارف الثورة: مذكرات وزراء نهاية الملكية ١٩٤٩ - ١٩٥٢**

دراسة أدبية نقدية تاريخية لمذكرات خمسة من وزراء السنوات الأخيرة في عهد الملكية ينتمون إلى اتجاهات وتوجهات مختلفة، مع تحليل أدبي تاريخي لما تضمنته المذكرات من حقائق وروايات، وتشمل مذكرات كل من: أحمد مرتضى المراغي، وكريم ثابت، وإبراهيم فرج، وصليب سامي، وعبد الرحمن الرافعي .

دار الخيال، ٢٠٠١.

■ **مذكرات الصحفيين .. في خدمة السلطة**

مدارسة أدبية نقدية تاريخية لمذكرات كل من: موسى صبري، وأحمد بهاء الدين، وعبدالستار الطويلة، وفتحي غانم، وحلمي سلام، وجلال الدين الحمامصي .

دار الخيال، ٢٠٠٢.

- **مذكرات المفكرين والتربويين.. تكوين العقل العربي**

مدارسة أدبية نقدية تاريخية لمذكرات مجموعة من أبرز المفكرين والتربويين الذين أسهموا فى تكوين العقل العربى، وعرض لرؤاهم التربوية والفكرية ولوجهات نظرهم فى الحياة العقلية فى مصر المعاصرة من خلال تحليل انطباعاتهم ورؤاهم فيما يتعلق بتكوين عقلياتهم وعقلية تلاميذهم وأساتذتهم ومعاصريهم. وتشمل الدراسة مذكرات كل من: شوقى ضيف، وعبد الرحمن بدوى، ومحمد عبد الله عنان، ومحمد على العريان، وأحمد عبد السلام الكردانى، ونادية رضوان.

دار الخيال، ، ٢٠٠٢.

- **الثورة والإحباط: مذكرات أساتذة الأدباء والأدباء**

دراسة أدبية نقدية لمجموعة من المذكرات كتبها الأدباء وأساتذة الأدب وشملت علاقتهم بالسياسة والحياة العامة وتفاعلات الأدب والكتابة فى عهد الثورة، وخبراتهم الفنية والأدبية، والعوامل التى شكلت وجدانهم، والتجارب التى عكستها آثارهم الأدبية، وتضم مذكرات الدكتورين أحمد هيكل وعلى الحديدى والأساتذة صالح مرسى وفتحى أبو الفضل وجليلة رضا وعايدة الشريف وأمانى فريد.

دار الخيال، ٢٠٠٤.

- **آراء حرة فى التربية والتعليم**

يتضمن هذا الكتاب مجموعة من الفصول عرض فيها المؤلف آراء حرة فى قضايا التربية والتعليم حاول بها أن يفتح الأبواب أمام الفهم المستقيم لهذه القضايا، وأن يقدم الحلول الأكثر مناسبة والأجدى فائدة لمشكلات قائمة، وأن يوصل للفهم التربوى المعاصر من خلال فكر مفتوح لا يخضع للأهواء الوقتية.

الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠١.

- **مستقبل الجامعة المصرية**

مجموعة مختارة من الأفكار والتصورات والمقترحات التى نشرها المؤلف فى الصحافة المصرية على مدى تسع سنوات مستهدفا إصلاح الجامعة على أسس علمية دون طفرة ومعبراً عن رؤية علمية وعملية مختلفة عن تلك المطروحة على الساحة.

الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٩.

- **القاهرة تبحث عن مستقبلها**

مجموعة من المقالات والفصول استهدفت تغيير وجه القاهرة من خلال أفكار علمية وعملية تستند إلى المعلومات، والقدرة على تصور البدائل وطرح الحلول انطلاقا من رؤية رحبة الأفق، وقد تحقق بعض هذه الأفكار، ونتمنى أن يتحقق البعض الآخر لتصبح عاصمتنا فى المكانة اللائقة بها بين بقاع الدنيا.

دار المعارف، ٢٠٠٠ .

■ **التنمية الممكنة: أفكار لمصر من أجل الازدهار**

مجموعة مختارة ومنتقاة من المقالات والدراسات التى كتبها ونشرها المؤلف على مدى سبع سنوات (١٩٩٤ ـ ٢٠٠١) مقدماً فيها لأسلوب جديد لمعالجة قضايا الوطن الاقتصادية والاجتماعية ، معتمداً على منهج موظف للمعلومات من أجل الانطلاق بفكر رحب يفيد من تجارب الحضارات السابقة والنظم السياسية المعاصرة، وتتناول الأفكار مناحى متعددة فى حياة الوطن ومستقبله واقتصادياته ويجمع هذه الأفكار أنها صادرة عن رؤية عملية قابلة للتنفيذ، دون أن تتطلب موارد جديدة ، وهو ما يدفعنا إلى المطالبة بالإسراع فى الأخذ بها من أجل ما ننشده من ازدهار فى مستقبل الوطن.

الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠١.

■ **مستقبلنا فى مصر: دراسات فى الاعلام والبيئة والتنمية**

مقالات ودراسات مستفيضة عن بعض مشكلات الحياة العامة فى مصر، تقدم رؤى مختلفة الطابع تصدر عن فهم جديد لطبيعة الحضارة المعاصرة بعيداً عن الآثار الكلاسيكية للأفكار الأيدولوجية التى صبغت بعض مناحى الحياة العامة فى مصر بما يستحسن الخلاص منه فى ظل فكر إنسانى علمى جديد يعتمد على التعويل على العناصر الإيجابية فى الإنسان، وعلى إعلاء قيمة الحرية، والتمكين للقيم الفاضلة في حياة المجتمع، وفهم المشكلات فى إطارها الخاص بعيداً عن التعميم، وعلى استنطاق الإحصاءات بالبعد التنموى الذكى المحافظ فى الوقت ذاته على البيئة.

الطبعة الثانية، دار الشروق، ١٩٩٧.

■ **الصحة والطب والعلاج فى مصر**

مجموعة من المقالات والفصول والدراسات تستعرض جواهر العلاقة بين الطب والصحة والمجتمع، وتقدم لمحات عن الدين والمرض، وعن مستقبل الطب الإسلامى، وعن طب الطوارئ كما تقدم أفكاراً جديدة فى تطوير التعليم الطبى وتنظيم المؤسسات الطبية.

جامعة الزقازيق، ١٩٨٧.

■ **الفلسطينيون ينتصرون أخيرا.. دراسات فى التنبؤ السياسى**

تقدم مجموعة المقالات والفصول التى يتضمنها هذا الكتاب أفكار المؤلف وتصوراته لمسار الصراع العربى ـ الإسرائيلى وقضية فلسطين، وهجرة اليهود العرب إلى فلسطين، ومعضلات السياسات الفلسطينية، وأخطاء السياسات العربية فى حقب متتالية، وحقيقة العلاقة بين الولايات المتحدة الأمريكية والحركة الصهيونية.

دار جهاد، ٢٠٠٢.

■ **المسلمون والأمريكان فى عصر جديد**

مجموعة من الفصول والمقالات تتميز بجسارة فكرية وعقلية كفيلة بالنفاذ إلى جوهر المشكلات والتوجهات فى السياسة العالمية، ويجاهر مؤلفه بأن الدعوة إلى الإسلام أجدى بكثير من الدفاع عنه. كما يستعرض مبرراته للتنبؤ بأن أمريكا قد تعتنق الإسلام، ويلقى الضوء على الدور الذى يلعبه الدين فى الانتخابات الأمريكية وفى غيرها من مواقع الأحداث فى عصر العولمة.

دار جهاد، ٢٠٠٢.

■ **النخبة المصرية الحاكمة [١٩٥٢ ـ ٢٠٠٠]**

مجموعة من الدراسات البيوجرافية التى يمكن وصفها بلغة البحث العلمى بأنها أصيلة وغير مسبوقة، ومجموعة من المقالات (المستندة إلى دراسات) تتناول بالبحث والتعليق تكوين شخصيات النخبة الحاكمة فى النصف الثانى من القرن العشرين وعوامل صعود هذه الشخصيات إلى مواقع المسئولية.

مكتبة مدبولى، ٢٠٠١.

■ **قادة الشرطة فى السياسة المصرية (١٩٥٢ ـ ٢٠٠٠) دراسة تحليلية وموسوعة شخصيات**

دراسة عميقة لدور جهاز مهنى حيوى فى الحياة السياسية فى النصف الثانى من القرن العشرين، وتعريف بيوجرافى بستين شخصية شرطية مع ذكر أدوارها التاريخية وذلك من خلال قراءات مكثفة، ومقابلات منتقاة، ودراسات عميقة.

مكتبة مدبولى، ٢٠٠٢.

■ **البنيان الوزارى فى مصر [١٨٧٨ ـ ٢٠٠٠]**

المرجع الأول والأوفى فى مجاله، وهو دراسة تاريخية وفهارس كمية وتفصيلية لإنشاء وإلغاء وإدماج الوزارات والقطاعات الوزارية ودراسة لتوزيع المسئوليات الوزارية والوزراء الذين تعاقبوا على كل وزارة. صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتاب عن دار الشروق ، وركزت على فترة الثورة.

الطبعة الثانية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠٠.

■ **الوزراء ورؤساؤهم ونواب رؤسائهم ونوابهم، تشكيلاتهم وترتيبهم ومسئولياتهم**

توثيق تاريخ الوزارات المصرية وتشكيلاتها منذ قيام الثورة ١٩٥٢، من خلال ثلاثة أبواب، الأول: ترتيبى، والثانى: زمنى، والثالث: شخصى، ويقدم معلومات عن الوزراء ورؤسائهم ونواب رؤسائهم ونوابهم وتشكيلاتهم وترتيبهم ومسئولياتهم.

صدر فى طبعتين عن دار الشروق، ١٩٩٦، ١٩٩٧.

■ **التشكيلات الوزارية فى عهد الثورة (١٩٥٢.١٩٨١)**

طبعة مبكرة ومختصرة من كتاب الوزراء ، تقف عند نهاية حكم الرئيس السادات، وتقدم فقط بعض ما شمله البابان الثانى والثالث من كتاب الوزراء.

الهيئة العامة للاستعلامات ، ١٩٨٦ .

■ **المحافظون..** قوائم كاملة وترتيبية وفهارس تفصيلية وأبجدية وزمنية ودراسة لتسلسل وتطور اختيار المحافظين منذ بدء نظام الإدارة المحلية (١٩٦٠) وحتى الآن

دراسة تاريخية لكل الذين تولوا مناصب المحافظين منذ بدء الأخذ بنظام الإدارة المحلية فى مصر فى ١٩٦٠ وحتى نهاية القرن العشرين.

صدرت الطبعة الأولى عن دار الشروق ، ١٩٦٢ .

الطبعة الثانية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠١.

- **كيف أصبحوا وزراء.. دراسة فى صناعة القرار السياسى**

فصول بيوجرافية وتاريخية مهمة فى إطار دراسة نقدية لصناعة القرار السياسى فى مصر، وهى دراسة لا تخلو من استرجاع ومن إحصاء ومن استقراء ومن استنباط، ومن تحقيق للروايات ومن عرض للرأى والرأى الآخر، ومن وضع المقارنات على هيئة جداول وأرقام.
دار الخيال، ٢٠٠٢.

- **دليل الخبرات الطبية القومية وتاريخ التعليم الطبى الحديث**

نبذات وافية عن تطور مؤسسات التعليم الطبى المصرية فى الجامعات ومراكز البحوث ووزارة الصحة.
الجمعية المصرية للأطباء الشبان، ١٩٨٧.

- **يوميات على مصطفى مشرفة يناير ١٩١٨ ـ يوليو ١٩١٨**

تحقيق دقيق لمخطوطة من اليوميات التى وجدت فى آثار العالم المصرى الكبير عن الشهور الأولى من فترة بعثته إلى بريطانيا وما حفلت به مشاعره من حس وطنى ودينى، وتفاعل مع صورة مختلفة من الحياة، وحوارات عقيدية، وخبرات علمية وحضارية وثقافية مكثفة.
الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ٢٠٠٣ .

- **القاموس الطبى نوبل [بالاشتراك مع أ.د. محمد عبد اللطيف]**

قاموس ضخم يحوى ستين ألف مصطلح يسهل من خلاله الوصول إلى المصطلح المقابل من خلال أى لغة من لغات الإنجليزية والفرنسية والألمانية، ويشمل مسارد كاملة لكافة المصطلحات الطبية الواردة فى اللغات.
دار الكتاب المصرى، دار الكتاب اللبنانى، بيروت، ١٩٩٨ .

- **أمراض القلب الخلقية الصمامية ٢٠٠١**

كتاب طب مرجعى يصلح أيضاً للثقافة العامة، عرض فيه المؤلف الأمراض الخلقية الصمامية وأسبابها.
دار المعارف، ٢٠٠١.

- **أمراض القلب الخلقية: الثقوب والتحويلات ٢٠٠٢**

كتاب طب مرجعى يصلح أيضاً للثقافة العامة، عرض فيه المؤلف الأمراض الناشئة عن وجود ثقوب أو تحويلات، مع تقديم صورة وافية عنها والاستعانة بكل ما يمكن أن يصور طبيعة المرض وحقيقته وسماته والطرق المتاحة لتشخيصه وعلاجه.
دار المعارف، ٢٠٠١.



المحتويات

الباب التاسع

الباب العاشر

مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب

رقم الإيداع بدار الكتب ٢٠٠٥/١٥٢٦

I.S.B.N. 977 - 01 - 9440 -9